

F.SÖKER

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR KADINLARDA DOĞUM ŞEKLİNİN
OPTİMALİTE DÜZEYİNE VE DOĞUM SONU KONFOR
ÜZERİNE ETKİSİ**

FÜSUN SÖKER

**SAĞLIK BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2023**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR KADINLARDA DOĞUM ŞEKLİNİN
OPTİMALİTE DÜZEYİNE VE DOĞUM SONU KONFOR
ÜZERİNE ETKİSİ**

Füsun SÖKER

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayça ŞOLT KIRCA**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2023**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Fusun SÖKER

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Füsun SÖKER tarafından Doç. Dr. Ayça ŞOLT KIRCA 'nın danışmanlığında hazırlanan “ Primipar Kadınlarda Doğum Şeklinin Optimalite Düzeyine ve Doğum Sonu Konfor Üzerine Etkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 18/05/2023 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



İTHAF



Aileme...

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca her daim bana zaman ayıran bilgi ve tecrübeleriyle bana destek olan değerli hocam [REDACTED], bu seviyelere gelmemde büyük emeği olan canm aileme desteğini eksitmeyen canm abim [REDACTED] çalıştığım bu dönemde her zaman yanımda olan sevgili eşim [REDACTED] sonsuz teşekkür ederim.

Fusun SÖKER



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
KABUL VE ONAY.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SEMBOLLER / KISALTMALAR.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Perinatal Dönem.....	3
2.2 Doğum Eylemi.....	5
2.2.1 Doğum Sonu Dönem (Pospartum Dönem).....	8
2.2.2 Doğum Sonu Annede Görülen Sorunlar.....	9
2.3 Optimalite Kavramı.....	10
2.3.1 Perinatal Alanda Optimalite Kavramı ve Kullanımı.....	11
2.4 Konfor kavramı ve tanımı.....	12
2.4.1 Doğum Sonu Konfor Düzeyi ve Doğum Sonu Konforu Etkileyen Faktörler.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tip.....	18
3.2 Araştırmanın Yer Özellikleri.....	18
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	19
3.3.2 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	20
3.4 Veri Toplama Araçları.....	20
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.6 Araştırma Hipotezleri.....	22
3.7 Araştırmanın Etik Yönü.....	23

3.8 İstatiksel Analizler.....	23
3.9 Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	23
3.10 Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	23
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	34
5.1. Katılımcıların Sosyo demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	35
5.2. Gebelerin Oİ-TR'ye Yönelik Bulgularının Tartışılması	36
5.3. Araştırmanın DSKÖ Yönelik Bulgularının Tartışılması.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
7. KAYNAKLAR.....	47
8. EKLER.....	55
EK-1 ETİK KURUL KARARI.....	55
EK-2 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ.....	56
EK-3 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	57
EK-4 TANITICI BİLGİ FORMU	58
EK-5 OPTİMALİTE İNDEKSİ - Türkiye (Oİ-TR) ÖLÇEĞİ.....	60
EK-6 DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ).....	66
EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	70
EK-8 STROBE BİLDİRİMİ.....	72
EK-9 ÖZGEÇMİŞ.....	77

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri.....	25
Tablo 2. Gebelerin Optimalite İndeksi Ortalamaları (N= 200).....	26
Tablo 3. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaları (N= 200).....	27
Tablo 4. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaların Devamı (N=200).....	29
Tablo 5. Gebelerin Doğum Şekline Göre Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N= 200).....	32

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OI-US: Optimalite İndeksi-United States

DSKÖ: Doğum Sonu Konfor Ölçeği

DÖBYR: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi

SVD: Spontan Vajinal Doğum

SD: Sezaryen Doğum

KDS: Kadın Doğum Servisi

Oİ-TR: Optimalite İndeksi- Türkiye

PÖİ: Perinatal Özgeçmiş İndeksi

Oİ: Optimalite İndeksi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

Total Oİ: Total Optimalite İndeksi

DSEYR: Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi

NST: Nonstress Test

EFM: Elektronik Fetal Monitörizasyon

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

GA: Genel Anestezi

RA: Rejyonel Anestezi

SA: Spinal Anestezi

EA: Epidural Anestezi

KSEA: Kombine Spinal Epidural Anestezi

ICM: Uluslararası Ebeler Federasyonu

SOGC: Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Birliği

WHO: World Health Organization



ÖZET

Primipar Kadınlarda Doğum Şeklinin Optimalite Düzeyine ve Doğum Sonu Konfora Etkisi

Bu çalışma 01.01.2021 - 31.05.2022 tarihlerinde Kırklareli ili, Lüleburgaz Devlet Hastanesi doğumhane ve kadın doğum servisinde tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada evreni bilinen örneklem yönteminden yararlanılmış olup, örneklem sayısının hesaplanmasında Raosoft programı kullanılarak I. Tip hata miktarı 0,05, testin gücü 0,90 iken ($\alpha=0,05$, $1-\beta=0,90$) minimal örneklem sayısı 139 olarak bulunmuştur. Çalışma sonunda ise 100 spontan vajinal doğum (SVD) yapan ve 100 spinal anestezi ile sezeryan doğum (SD) yapan toplamda 200 kadına ulaşılmıştır. Çalışma sonunda ise 100 SVD yapan ve 100 spinal anestezi ile SD yapan toplamda 200 kadına ulaşılmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, Optimalite İndeksi Türkçe Uyarlaması (OI-TR) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)'dir. Sonuçta; doğum şekline göre gebelerin optimalite indeksi (OI) puanları SVD ile gebeliği sonlanan katılımcıların PÖİ'den aldıkları puan ortalaması $88,60 \pm 5,71$, OI'den aldıkları puan ortalaması $84,02 \pm 3,12$, OI toplam puan ortalamalarının SVD yapan grup için $85,40 \pm 2,98$ belirlenmiştir. SD yapanların PÖİ'den aldıkları puan ortalamasının $92,07 \pm 3,99$ OI'den aldıkları puan ortalamasının $89,01 \pm 5,83$ ve SD yapanlar içinde $90,86 \pm 3,66$ olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin doğum şekline göre DSKÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırıldığında; DSKÖ toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen ($p>0,05$), SD'ların DSKÖ puan ortalaması $92,04 \pm 10,57$ olduğu, DSKÖ puan ortalamasının ($89,82 \pm 11,28$) saptanmıştır. Veriler doğrultusunda SVD sırasında kanıta dayalı olmayan uygulamalar ve invaziv işlemlerden dolayı kadının optimalite düzeyi düşmüştür. SVD grubun toplam konfor puanıda olumsuz etkilenmiştir. Sağlık personelinin kanıta dayalı uygulamaları ve bilgilerini güncellemesi, sağlık kurumlarının politikalarını DSÖ ve Sağlık Bakanlığına göre düzenlemesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: doğum şekli, konfor, postpartum konfor, optimalite



ABSTRACT

The Effect of Delivery Type on Optimality Level and Postpartum Comfort in Primiparous Women.

This study was designed as a descriptive and cross-sectional study in the delivery room and obstetrics service of Lüleburgaz State Hospital in Kırklareli province, 01.01.2021 - 31.05.2022. In the study, the known universe sampling method was used, and the amount of Type I error was 0.05, the power impact of the test was 0.90 ($\alpha= 0.05$, $1-\beta= 0.90$) using the Raosoft program to calculate the sample number, and the minimal sample number was 139. Since there may be losses in cases, the number of people to be taken was determined as 155, assuming that there may be a loss in the sample, with a pattern effect of 1.3. At the end of the study, a total of 200 women who had 100 spontaneous vaginal deliveries (SVD) and 100 women who had a cesarean section (CS) with spinal anesthesia were reached. Data collection tools will be used Introductory Information Form prepared by the researcher in line with the literature, the Turkish Adaptation of the Optimality Index (OI-TR) and the Postpartum Comfort Scale (DSQ) in the evaluation of the optimality level. As a result of the evaluations, according to the mode of delivery, the optimality index scores of the pregnant women who ended their pregnancy with normal delivery were 88.60 ± 5.71 , the mean score from the OI was 84.02 ± 3.12 , and the mean score of the OI score was 88.60 ± 5.71 for those who had SVD was determined as 85.40 ± 2.98 for the group. It was determined that the mean score of those who gave CS was 92.07 ± 3.99 , the mean score of those who gave CS was 89.01 ± 5.83 and 90.86 ± 3.66 for those who gave CS. When the total and sub-dimension scores of the DSQ were compared according to the delivery type of the pregnant women; Although there was no statistically significant difference between the groups in terms of the mean scores of WHOS ($p>0.05$), the mean DSQ score of the group who had a CS was 92.04 ± 10.57 , while the score of WHO was the group who had SVD. it is seen that the mean is 89.82 ± 11.28 . In line with the data obtained, the optimality level of women decreased due to non-evidence-based practices and invasive procedures during SVD. Depending on this SVD group's total comfort score was also negatively affected. It is

recommended that health personnel update their evidence-based practices and knowledge, and that inpatient health institutions regulate their policies according to WHO and the Ministry of Health.

Keywords: birth method, comfort, optimality, postpartum comfort



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, kadın hayatında normal bir olaydır ve en özel deneyimdir (Uzun ve Dağ 2019). Bu özel deneyimde kadının doğum şekli çok önemlidir. Kadınlar doğum şekillerine karar verirken birçok faktörden etkilenebilmektedirler. Ebeveynleri, arkadaşları, sosyal medya ve sağlık çalışanları kadının doğum şeklini belirlemede etkili olmaktadır. Kadınların tercihleri ne olursa olsun doğru kaynaklardan yeterli bilgi edinip, kendilerine en uygun doğum şeklini seçerek, doğumlarını sağlıklı sonlandırabilmektir (Karabulutlu, 2012). Türkiye’de doğum şekillerine bakıldığında spontan vajinal doğum (SVD) sayıları ile sezaryen doğum (SD) sayılarının çok yakın olduğu ve sezaryen doğum sayılarının arttığı görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 raporuna göre Türkiye’de %36,7 olan sezaryen oranı, TNSA-2013’de %48’e, TNSA-2018 raporunda ise sezaryen oranı %52’ e yükselmiştir (TNSA, 2008; TNSA, 2013; TNSA, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranının %15 olması gerektiğini açıklamıştır fakat ülkemizdeki sezaryen oranı çok yüksektir (WHO, 1981).

Ülkemizdeki SD sayılarını azaltabilmek için gebe kadınların perinatal dönemde bakım almaları gerekmektedir. Perinatal dönem; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemi kapsamaktadır (Yıldırım ve Oskay 2020). Perinatal bakım ise; anne ve fetüsü bütüncül bir yaklaşımla ele alarak bakım vermeyi hedeflemektedir. Perinatal bakımın amacı; anne ve fetüsün sağlığını koruma, anne veya fetüste var olan ya da gebeliğe bağlı oluşan sorunların erken tanı tedavi ile anne ve bebek kayıplarını en aza indirmektir (Baştarcan ve Şahin 2022). Her gebe kadının doğum öncesi ve sonrası dönemde bakım alması gerekmektedir. Perinatal dönemde kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasıyla anne ve fetüse en az müdahale ile en üst iyilik haline ulaşabilmeyi amaçlamaktadır (Yücel vd., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) spontan vajinal doğumu tanımlarken, doğum sırasında gebe kadına müdahale etmenin, bir sebebi olması gerektiğine vurgu yapmıştır (WHO, 1996). Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların sayısı arttırılarak DSÖ’nün

felsefesi kanıtlanmaya çalışılmaktadır. Kanıta dayalı yöntemlerin sayıları arttıkça perinatal dönemde optimalite kavramı oluşmaktadır. Optimalite kavramı; ulaşabilecek en iyi, en üst, en uygun sonuçlara ulaşabilmektir (Murhy ve Fullerton 2001). Perinatal dönemde optimalite ise; gebelik, fetüs, doğum ve doğum sonrası dönemde kanıta dayalı uygulamalarla kadının en üst iyilik haline ulaşmasını sağlamaktır (Thomson vd., 2018).

Perinatal bakımda optimalinin sağlanabilmesi için ebelerin gebe kadına bakım verirken kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları gerekmektedir. Kanıta dayalı uygulamalar sayesinde gebeye, fetüse, doğum ve doğum sonrasında en az müdahale edilerek en üst iyilik hali sağlanmaya çalışılmaktadır (Yılmaz ve Başer 2017). Ülkemizde kanıta dayalı uygulamaların değerlendirilebilmesi için uygun bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Sayıları artan kanıta dayalı uygulamaların etkilerinin ölçülebilmesi için Optimalite İndeksi-United States (OI-US) oluşturulmuş ve OI-US 'in Türkçe 'ye uyarlanma çalışması 2012 yılında Yücel ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Yücel, 2016). Klinimetrik bir ölçme aracı olan bu indeks; doğumda kullanılan tıbbi aletlerin (müdahalelerin) sağlık sonuçları ile kanıta dayalı uygulamaların bakıma etkisinin optimal sonuçlarını birleştirmektedir. Ülkemizde, kanıta dayalı olmayan uygulamaların ve invaziv girişimlerin yaygın bir şekilde kullanıldığı gözlenmekle beraber kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili belirli bir standart da bulunmamaktadır. Dolayısıyla perinatal sonuçların değerlendirilmesinde Optimalite İndeksi (OI) hassas bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir (Turan vd., 2006; Yücel, 2015).

Doğum şekli perinatal dönemi etkilediği gibi doğum sonu konfor düzeyini de etkilemektedir. 2010 yılında Karakaplan tarafından geliştirilen Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ile SD ve SVD yapan kadının fiziksel, ruhsal sosyokültürel ve çevresel konforları değerlendirilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda; annelerin konforunun eğitim, doğum yöntemi, planlı gebelik, lohusalıkta yaşanan sıkıntılar, ihtiyaçlarının karşılanma düzeyi, sağlık personelinin aldıkları bakım ve hastanenin fiziksel koşulları gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir (Pınar vd., 2009).

Bu çalışmada primipar kadınların doğum şekillerinin optimalite düzeyine ve doğum sonu konfora etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Perinatal Dönem

Perinatal dönem; kadının ikinci trimesterinden başlayıp doğum eylemini ve doğum sonrası ilk haftayı kapsayan bir süreçtir. Bu dönemde alınan bakım doğrudan gebe kadını, fetüsü, doğum sonrasını, yenidoğanı ve tüm aile fertlerini fiziksel ve ruhsal yönden etkilemektedir (Coşkun, 1996; Kennedy, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü 1998 yılında, optimal perinatal bakım için gerekli temel şartları belirtmiştir. Bu şartlar;

- Uygulanan bakımın kanıta dayalı olması
- Bilime dayalı olmayan perinatal bakımın verilmesi
- Bakımda multidisipliner bir ekip olması
- Bakım verirken uygun invaziv müdahalelerin kullanılması
- Bütüncül bakım yaklaşımının uygulanması
- Sağlık sisteminde sevk zincirini etkin olması
- Bakım sırasında kültürel farklılıkların dikkate alınması
- Bakıma aile fertlerinin dahil edilmesi
- Kadının bakım sırasında yapılacak uygulamalarda aktif olması
- Bakım verilen kadının özeline ve saygınlığına dikkat edilmesidir (Chalmers vd., 2001).

Perinatal dönem; anne ve bebekte oluşabilecek sorunları en aza indirmek ve alınan bakımın niteliğinin artırılması gereken bir dönemdir. Kadının bu yeni döneme daha kolay alışabilmesi için sağlık çalışanları tarafından doğum öncesi ve sonrası bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Perinatal dönemde alınması gereken bakımın içeriği;

- Anne ve babalık rolüne hazırlık
- Planlı gebelik
- Gebelik ve doğuma uyum sağlanması
- Gebeliğin düzenli takip edilmesi
- Gebelik sürecinde tanı testlerinin yapılması

- Gebelikte oluşabilecek hastalıkların erken teşhis ve tedavisinin yapılması
- Doğumda yanında destekçisinin olması ve doğum eylemine bağlı risklerin belirlenmesi
- Yenidoğanın ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bakımı hakkında bilgi verilmesi
- Yenidoğanda oluşabilecek sağlık sorunlarının belirlenmesi
- Lohusalık döneminde kadının bakım ihtiyaçlarının giderilmesi ve sağlık sorunlarının belirlenmesi
- Aile fertlerinin gebelik, doğum ve yenidoğana uyum sağlamasıdır (Coşkun, 1996).

Doğum yapmış tüm kadınların ve bebeklerin, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ihtiyaçları doğrultusunda kaliteli bir bakım almaları gerekmektedir. Perinatal dönemde çalışan ekibin görevi annenin ihtiyaçlarını belirlemek ve ona uygun güvenilir ve kaliteli bir bakımı sunarak gereksinimlerini karşılayarak hayatını kolaylaştırmaktır (Yeygel vd., 2016).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖBYR) ile bu dönemde verilmesi gereken bakımlar ve sunulacak hizmetler belirtilmiştir. Rehberde göre kadının gebeliği boyunca sağlık kuruluşlarında en az dört kez kontrole gitmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında izlem sırasında alınan bakımlar ve eğitimler doğum sürecini etkilemektedir. Gebeliğin sağlıklı geçmesini, doğumun başarılı olmasını ve anne bebek kayıplarını en aza indirmeyi sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009; Ergin, 2007). Bu yüzden ülkemizde, doğum öncesi dönem bakım hizmetleri önemsenmekte ve gerekli düzenlemeler yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Perinatal dönemde sağlık çalışanlarının doğum eylemi sırasında kullandığı uygulamaların kanıta dayalı olması gerektiği ancak kanıta dayalı olmayan birçok uygulamanın da doğum eylemi sırasında kullanıldığı bilinmektedir (Baştarcan ve Şahin 2022). Ülkemizde doğum sırasında kanıta dayalı olmayan uygulamalar arasında en fazla Elektronik fetal monitörizasyon (EFM), amniyotomi, doğum indüksiyonu, epizyotomi kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra mesane sondası, litotomi pozisyonu, sık vajinal tuşe, oral sıvı alımının kısıtlanması, doğum boyunca hareketsiz

kalınması ve doğum süresince destekçi olmaması sayılabilmektedir (Öztürk vd., 2014; Yeşilçiçek vd., 2018).

Perinatal dönemde lohusalarla ilgilenen ebeler; kanıta dayalı perinatal uygulamalar ile yeni doğum yapmış kadının, bebeğinin ve ebeveynlerinin bu süreci daha konforlu ve sorunsuz atlattıklarını sağlamaktadırlar. Ebeler anne ve yenidoğan sağlığının yükseltilmesinde ve anne memnuniyetinin artırılmasında kilit role sahiptirler (Yılmaz ve Başer 2017). Bundan dolayı ebelere; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde iyilik halinin artırılması için önemli sorumluluklar verilmektedir. Ülkemizde, perinatal alanda çalışan ebe ve hemşirelere optimal bakımı sağlanmasını teşvik eden “Ulusal Anne Dostu Hastane Programı” kapsamında, doğumhanelerde yapılan hizmetin kalitesini arttırmak amacıyla hastaneler için geliştirilen ulusal kalite standartları ile uyumlu kriterler belirlenmiştir. Bu program; kaliteli perinatal bakımın eğitilmiş sağlık personeli tarafından sunulması, perinatal sonuçların iyileştirilmesini, doğum sonrası en az müdahale ile en üst iyilik haline ulaşabilmeyi ve doğum sonrası konforun artırılmasını amaçlamaktadır. Bu program içerisindeki ölçütler yorumlandığında, annenin doğum sonu konforunu yükseltmeye yönelik girişimlerden oluştuğu görülmektedir. Ülkemizde, sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik anne dostu hastane kuruluşlarının sayıları arttırılmaya çalışılsa da halen yeterli değildir. (Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Kriterleri, 2019).

2.2. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, rahim ağzındaki oluşan açılma ve kasılmalarla birlikte fetüs ile eklerinin rahimden dışarı atılması anlamına gelmektedir. Anne rahminde gelişimi için gerekli süreyi tamamlayan fetüsün rahim dışındaki büyümesinin başlaması için doğum başlar. Bu durum artık fetüsün dış dünyada yaşayabileceğini göstermektedir. Seyrinde ilerleyen bir doğumun; kendiliğinden başlaması, termde, vertex pozisyonunda, baş pelvis uyumsuzluğu olmadan, canlı bir fetüs ve anne ile doğum gerçekleşmektedir. Doğum için gereken unsurlar oluşsa bile bazen eylem seyrinde gitmeyebilir ve süreç sezaryen veya müdahaleli doğum şeklinde sonlanabilir (Tanrıverdi, 2015; Taşkın, 2015).

SVD insanların var olduğu günden beri kullandığı bir doğum yöntemidir. Kadının yaradılış olarak fizyolojisi SVD için uygundur. Doğum sırasında kadının destekçisinin olması ve en az müdahale ile doğumu gerçekleştirebilir. Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, prezentasyon bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, rekürren sezaryen gibi durumlarda SVD oluşmamaktadır. Bu durumda anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmekte ve bebeğin SD ile doğurtulması gerekmektedir (Sönmez ve Sivashoğlu 2019).

Sezaryen doğum, abdominal kesiyle birlikte (insizyon) ve rahim duvarının kesilmesiyle fetusun anne rahminden dışarı çıkarılmasıdır. SD daha çok anne ve bebek için riskli görülen durumlarda başvurulmaktadır (Karabel vd., 2017). Baş-pelvis uygunsuzluğu, prezantasyon bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş rekürren sezaryen doğum gibi durumlarda SVD gerçekleşmemektedir. Gebe veya yenidoğan açısından SVD süreci riskli olabilmekte ve SD oluşmaktadır (Vatansever ve Okumuş 2017). Sezaryen doğumlarda anne ve bebeğin sağlık durumunu en az etkileyecek uygun anestezi yöntemleri seçilmelidir. Sezaryende kullanılan anestezi yöntemini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; gebenin mevcut hastalık durumu, sezaryen doğumun aciliyeti, anesteziistin tecrübe ve el alışkanlığı ve annenin tercihi sayılabilir. Uygun anestezi yöntemi tercihinde; sezaryen doğum sırasında kullanılan yöntemler konusunda gebenin bilgilendirmesi, anestezi yöntemin nasıl uygulanacağı, anestezi yönteminin avantajlarını, dezavantajları ve riskleri gebe ile konuşulmalı açıkça anlatılmalıdır (Batislam, 2008; Soundans vd., 2006; Demirtaş, 2018).

Sezaryen doğumda tercih edilen anestezi yöntemleri; genel anestezi (GA) veya rejyonel anestezi (RA) yöntemlerinden spinal anestezi (SA), epidural anestezi (EA), ve kombine spinal epidural anestezi (KSEA) yöntemleri SD için alternatiftir. Anestezi yöntemlerinin gebe için avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Genel anestezi yönteminin avantajları; indüksiyonun hızlı akışı sebebiyle acil sezaryenlerde cerrahinin çabuk başlaması, annenin uyur konumda olmasından dolayı ortamdan etkilenmemesi, kas gevşetici kullanılmasından dolayı cerrahın rahat çalışması, hava yolu kontrolünün olması, solunum ve oksijenizasyonun ihtiyaca göre ayarlanabilmesi sayılabilir. Genel anestezinin sezaryen doğumdaki dezavantajları ise; gebeliğe bağlı fizyolojik değişiklikler sebebiyle entübasyonda zorlanma, mide içeriği

regürjitasyonu ve akciğer aspirasyon riski, düşük tansiyon, hemodinamik değişimler, ilk 48 saat içerisinde hava yolu komplikasyonları, ağrı, bulantı ve kusmadır. (Flood ve Rollins 2016; Sarı vd., 2015).

Rejyonel anestezinin tercih edilemesinin nedeni ise; gebenin entübe olmaması, ilaçların bebeğe geçişinin olmaması, doğum sonu dönemde ağrı kontrolünün kolay olması, anne ve bebek arasında ten tene temasın sağlanması ve emzirmeye hemen başlanmasıdır. Buna karşın; hastada lokal anestezi alerji ve toksisitesi oluşabilmesi, yöntemin el alışkanlığı istemesi, analjezi seviye dozunun ayarlanamaması, kas gevşetici kullanılmadığı için bazen cerrahi grişimde sıkıntı oluşabilmesi, anestezi şekline bağlı olarak doğum sonu dönemde baş ağrısı, sırt ağrısı, intraoperatif hipotansiyon gelişebilmesi rejyonel anestezinin dezavantajları arasında yer almaktadır (Sarı, 2015; Purtuloğlu vd., 2008).

Sezaryen oranlarında artış olmasının nedenleri arasında; ilk gebeliğin SD olması, ileri anne yaşı, sağlık profesyonellerinin malpraktis davalarıyla karşılaşmak istememesi, SVD ilişkin bilgi eksiklikleri ve yanlış bilinenler, doktor isteği, ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin iyi olması, gebelik sayısının azalması, infertilite ve daha sık çoğul gebeliklerin görülmesi, teknoloji ve cerrahi tekniklerin gelişmesi, tüp ligasyon isteği gibi sebepler sayılabilmektedir (Uzun ve Dağ 2019; Kızılırmak, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının yüzde 10-15 olmasının kabul edilebilir olduğunu belirtmiştir (DSÖ, 1981). Fakat bu oran gelişmekte olan ülkeler dışında diğer ülkelerde de artış göstermektedir. En güncel oran olan ülkemizdeki TNSA-2018 raporunda sezaryen oranı % 52 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2018). Sezaryen doğum oranının % 26.3'ü primipar gebe kadınlardan oluşmaktadır. Bu oran Dünya sağlık örgütünün açıkladığı orandan yüksektir (TNSA, 2018; Betran vd., 2016).

2.2.1. Doğum Sonu Dönem (Postpartum Dönem)

Doğum sonu dönem (postpartum, postnatal dönem); kadının bebeğini doğurmasıyla başlar ve 6-8 hafta sürer. Doğum sonu dönem postpartum dönem, dördüncü trimester, lohusalık veya puerperium dönem olarakta bilinmektedir. Doğum sonu dönemde, gebelikte değişen organlar ve fizyolojik yapı eski halini almaya başlar (Kızırak, 2019). Doğum sonu dönemi üçe ayırmak mümkündür. Doğum sonu ilk 24 saat kritik lohusalık dönem, 24 saatten sonraki ilk hafta erken lohusalık ve ilk haftadan altıncı haftaya kadar geçen zamanda geç lohusalık dönemdir (Karakaplan, 2007; Güneri, 2015).

Doğum sonu dönemde anne sadece fizyolojik olarak değişmemiştir. Annenin psikolojik durumu, aileye yeni katılan bebeğin varlığı ve yeni rollerin oluşmasıyla doğum sonu dönem anne için yoğun stresli bir hale dönüşmüştür (Yonemoto vd., 2018; Beydağ, 2007). Anneler bu dönemi bebek bakımında bilgi ve becerileri geliştirmek, bebekle arasında güvenli bağlanmayı başlatmak ve yeni sorumluluklara uyum sağlamakla geçirirler (Özer, 2011). İlk bir hafta anne ve bebekte oluşabilecek sağlık sorunları nedeniyle riskli bir dönemdir. Anne ve bebek ölümlerinin önüne geçebilmek için anne ve yenidoğanın yakından takip edilmesi önemlidir (Bağcı, 2014; Doğaner, 2022). DSÖ doğum yapan kadının ilk gün içerisinde, 2. veya 3. günlerinde, 2. haftasında ve lohusalık süreci bitmeden 1 kez olmak üzere toplamda 4 kez sağlık çalışanları tarafından doğum sonu hizmetin sunulması gerekmektedir. Fakat ebenin olmadığı durumlarda eğitim almış sağlık personeli tarafından doğum sonu bakım verilmelidir (Zeren ve Gürsoy 2018). Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık kuruluşları için düzenlemiş olduğu rehber gereğince görev alan sağlık çalışanları tarafından annelere doğumu takip eden ilk hafta, ikinci haftada ve lohusalığın son günleri olmak üzere en az 3 kez ev ziyareti düzenlenmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Dünya sağlık örgütü hem annenin hem de bebeğin doğumda sonra ilk gün içerisinde doğum sonu hizmet verilmesinin önemini vurgulamaktadır (TNSA, 2018).

Ülkemizde doğum sonu bakım alma durumu kadınların % 59'u doğum sonu bakımı hekimden alırken, % 20'si ebe veya hemşire tarafından bakım almıştır. Şehir merkezinde yaşayan kadınların kırsalda yaşayan kadınlara göre doğum sonu

dönemde verilen bakım hizmetlerine ulaşmaları daha kolaydır. Doğum sonu dönemde bakım alamayan kadınların oranı % 5, doğum sonrası ilk 4 saatte % 66'sı bakım almıştır. Bebeklerin % 62'si hekim tarafından % 6'sı ise sağlık çalışanları tarafından bakım almaktadır (TNSA, 2018).

Doğum sonu dönemde bakım veren ebelere büyük görevler düşmektedir. Annede oluşan ruhsal değişimlerin farkına varmak, bu dönemde oluşabilecek sorunlara yönelik anneye bilgi vermek, annenin ihtiyaçlarını belirlemek ve ihtiyaçlarına uygun bakım sunmak doğum sonu dönemde oldukça önemlidir (Arslan, 2014).

2.2.2. Doğum Sonu Annede Görülen Sorunlar

Doğum sonrası annede; doğum sonu kanama ve enfeksiyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, tromboflebit ve tromboemboli, bebeğin memeye yanlış yerleşmesi sonucu oluşan sorunlar ve ruhsal problemler gözlenmektedir (Bekmezci ve Meram 2022).

Doğum Sonrası Kanama: Doğum sonu dönemde kanama anne için acil müdahale gerektiren ve anne ölümlerinin başında gelmektedir. Spontan vajinal doğum da kanama 500 ml ve üzeri, sezaryenlerde ise 1000 ml ve üzeri görülen kan kaybı olarak ifade edilir. Kanama doğumdan sonraki ilk 24 saatte içerisinde meydana geliyorsa birincil, 24 saatten sonra meydana geldiyse ikincil kanama olarak adlandırılmaktadır (Newsome vd., 2017). Kanamanın nedenleri arasında uterus atonisi, çoğul gebelikler, polihidroamnios, preeklampsi, iri fetüs ve fetal makrozomi gibi durumlar yer almaktadır (Wetta vd., 2013).

Doğum Sonrası Depresyon: Lohusaların yaklaşık yüzde 20'si doğumdan sonu ilk 3 ay içerisinde depresyon atağı geçirmektedir. Doğum sonu depresyonu nedenleri; kadının gebelik ve gebelik öncesinde ruhsal sorunlarının olması, kaygılı bir yapıya sahip olması, ailesinin desteğini hissedememesi, eşiyle sorunlarının olması, ekonomik sıkıntılar yaşaması ve gebe kadının annesiyle bağlarının zayıf olması sayılabilir (Werner vd., 2015).

Doğum Sonu Enfeksiyon: Doğum sonrası enfeksiyon; SVD %1-4 olurken, SD %10-20 oranında görülmektedir. Kadının doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde

ateşinin 38,6°C'nin üzerinde veya doğumdan sonraki ilk 10 günün herhangi ikisinde ateşinin 38°C'nin üzerinde olmasını gerektirir. Ancak doğum sonrası enfeksiyon, doğumdan sonraki altı haftaya kadar ortaya çıkabilir (Ahnfeldt vd., 2012). En sık görülen enfeksiyonlar arasında endometritis, idrar yolu ve meme enfeksiyonları gelmektedir (Toprak vd., 2017). Literatürde sezaryen doğumlar spontan vajinal doğuma göre doğum sonu enfeksiyon riskini 5 ile 20 kat artırdığı belirtilmektedir (Rwabizi vd., 2016).

Doğum Sonu Emzirme; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), bebeklerin doğumdan sonra ilk 6 ay sadece anne sütü almaları gerektiğini; 6. aydan sonra uygun ek gıdaların, emzirme ile birlikte verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Emzirme 2 yaş ve üzerine kadar devam ettirilebilmektedir (UNICEF, 2020; WHO, 2016). Memede oluşabilecek sorunlar mastit, meme dolgunluğu/engorjman, meme ucu ağrısı, meme çatlakları ve meme apsesi sayılabilmektedir. Bu sorunlarla doğru emzirme teknikleri öğretildiğinde, yeterli dengeli beslenmeye özen gösterildiğinde ve vücut hijyenine dikkat edildiğinde karşılaşılmaz (Yazıcı vd., 2020). Primipar kadınlar multiparlara göre ilk kez emzirme deneyimi yaşadıkları için desteğe daha çok ihtiyaçları vardır (Ünal ve Şenol 2022).

Doğum Sonu Dönemde Cinsellik: Cinsellik yaşamın büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Doğum sonrasında kadının annelik duyguları, kaygıları, yorgunluk, gebelikle değişen kadının fiziksel yapısı, emzirme süreci ve üreme organlarındaki değişim cinsel isteksizliğe sebep olabilir. Cinsellikle ilgili sorunların çözülmesi aile fertleri için önemlidir. Kadının sezaryen veya spontan vajinal doğum yapması, geç yaşta anne olması, sık ya da fazla doğum sayısı cinsel işlev üzerine olumsuz etkilemektedir (Bekmezci ve Meram 2022).

2.3. Optimalite Kavramı

Optimalite kavramı; en iyi, uygun, en üst' manasına gelmekte ve mümkün olan en yüksek iyilik halini göstermek için kullanılmaktadır. Günümüzde, sağlık alanında da kullanılmaya başlanmıştır. Sağlıkta kullanılan 'normallik' kavramının aksine optimalite, anormalliklerin yokluğu anlamına gelmez, en iyi sonucu ifade eder. Normallik kavramından daha dardır fakat mümkün olan en iyi durumu ifade ettiği

için tanımlaması daha kolaydır. Özellikle klinik bakımı değerlendirmek için alternatif bir yaklaşım sunmaktadır (Murphy, 2001; Murph ve Fullerton 2006).

2.3.1. Perinatal Alanda Optimalite Kavramı ve Kullanımı

Optimalite ilkesi ilk kez Precth tarafından 1960'lı yıllarda 'hayata mükemmel başlangıç' yapan bebekler için kullanılmıştır. Buna göre; bu bebeklerin annelerinde herhangi bir komplikasyon olmamış, gebelik ve doğum süreçleri de sorunsuz ilerlemiştir. Bu şartlara dayanan optimalite ilkesi, gebelik ya da doğum sırasında olası olan en az müdahale ile bakım verilmesini amaçlamıştır (Precth, 1980). Ebelerin önderliğinde bakım verilmesini incelemeyi amaçlayan Wieger ve ark. (1996)'ı perinatal açıdan düşük riske sahip kadınları tanımlayacak bir çalışma yapmışlar ve bunun içinde Precth'in ilk çalışmasını kullanarak genişletmişlerdir. Doğumda optimalite kavramını 'sosyal, tıbbi veya obstetrik sorunları olmayan sağlıklı bir kadının, uygun zamanda herhangi bir müdahale veya komplikasyon yaşanmaksızın sağlıklı bir bebek doğurması' olarak ifade etmişlerdir. Yapılan müdahaleler ve olması gereken sağlık göstergeleri arasındaki bağlantıyı belirtmek için bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir (Wieger vd., 1996). İlerleyen zamanlarda Murhpy ve Fullerton (2001) tarafından bu ölçme aracı, obstetrik açıdan yapılan herhangi bir müdahalenin optimaliteyi bozacağı gerekçesine dayanarak yeniden düzenlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılması amaçlanan bu araç, doğumda optimaliteyi sağlamanın kanıt temelli uygulamalara bağlı olduğunu savunmaktaydı. Optimalite İndeksi-United States (OI-US) adı verilen ölçekte, her bir maddenin bölgelere veya ülkelere göre uygulanabilirliği değerlendirilmiş ve değişebileceği kanısına varılmıştır. Bunun sebebi olarak; verilen maternal bakımın, hizmet verilen gebe kitlesiyle sosyo demografik özelliklerinin ve yapılan obstetrik müdahalelerin bölgelere veya ülkelere göre değişebileceği gösterilmiştir (Murphy ve Fullerton 2001; Murpy ve Fullerton 2006). Dolayısıyla ülkelere göre ölçek maddeleri farklılık göstermektedir. Ülkemizde de 2012 yılında Yücel ve arkadaşları tarafından ölçeğin uyarlama çalışması yapılmıştır (Yücel vd., 2015).

2.4. Konfor Kavramı ve Tanımı

Kolcaba'nın tanımlamasında konfor, insanların ihtiyaçları doğrultusunda günlük hayatlarını kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmıştır (Kolcaba, 2003). Konfor kavramı “kişinin ihtiyaçlarına yönelik yardım, rahatlık sağlama ve sıkıntıların üstesinden gelebilmeyi amaçlamaktadır. Kolcaba yaptığı araştırmada özellikle hastalar için konfor kavramının çok önemli bir durum olduğunu ve hastaları bütüncül olarak ele alınmasını gerektiğini vurgulamaktadır. Kolcaba konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında kitabını çıkartmıştır (Yücel, 2011).

Kolcaba konfor kuramını sağlık çalışanlarının hastanın gereksinimlerine yönelik girişimlerde ve kendi çalışma ortamlarını geliştirmede kullanılacağına inanmıştır. Kolcaba konfor kuramıyla bakım verilip hayatı kolaylaştırılan hastaların hem de sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin artacağını belirtmiştir (Çınar, 2019). Kolcaba konfor kavramını üç düzey ve dört boyutta incelenmiştir. Birinci aşamadaki bu düzeyler; ferahlama, rahatlama, üstünlük olarak gruplamıştır.

Ferahlama (Relief); Kişinin ihtiyaçlarına yönelik girişimlerde bulunarak konforunun sağlanması ve sıkıntısız hissetmesidir.

Rahatlama (Ease); bireyin rahata kavuşması ve sakinleşmiş hissetmesidir.

Üstünlük (Transcendence); Bireyin kendi sorunlarını çözebilme durumudur. (Kolcaba, 2003; Kolcaba ve Dimarco 2005).

İkinci aşamadaki konfor boyutları; fiziksel konfor, psikososyal konfor, çevresel konfor, sosyokültürel rahatlama boyutlarıdır.

Fiziksel Rahatlama; Bireyin vücudundaki sistemlerin normal seyrinde olması ile ilgili konforunu içerir. Örneğin; bireyin dinlenebilmesi gibi.

Psikospiritüel Rahatlama; Bireyin iç dünyasındaki rahatlığı ve var oluş konusundaki anlayışı ile ilgilidir.

Çevresel Rahatlama; Bireyin hayatını sürdürdüğü dışsal çevresiyle ilgilidir. Coğrafi alan, eşyalar

Sosyokültürel Rahatlama; Bireye bakım veren sağlık çalışanlarının yada aile üyelerinin empati kurabilen kişiler olmaları kadının sosyokültürel rahatlamasında önemlidir (Erdemir ve Çırlak 2013).

Kolcaba'nın Konfor Kuramı kısaca;

- Bireyin baş edebildiği sorunları ve baş edemediği sorunları belirlenir ve konforu sağlanır.
- Bireyin baş edemediği sorunlarını çözebilmek için girişimlerde bulunulur
- Girişimlerin başarılı olması için gereken unsurlar dikkate alınır,
- Girişimler uygulandıktan sonra değerlendirmeler yapılır ve sonunda konforun yükselmesi beklenir (Kuguoğlu ve Karabacak 2008).

2.4.1. Doğum Sonrası Konfor Düzeyi ve Doğum Sonu Konforu Etkileyen Faktörler

Puerparal/postpartum/postnatal dönem veya lohusalık olarak da bilinen doğum sonu dönem; fetüs ve ekleri doğduktan ve doğum eylemi sonlandıktan sonra başlamaktadır. Bu süreçte anne hem fiziksel hem de ruhsal olarak etkilenmektedir. Annenin organlarının gebelik öncesi durumuna dönmesi genellikle altı aylık bir süreci kapsar. Ancak psikolojik olarak annenin optimal duruma gelmesi zaman açısından farklılıklar göstermektedir. Anne de bu dönemde daha çok epizyotomi, emzirme ile ilgili sorunlar, kabızlık, halsizlik, ağrı gibi fizyolojik sıkıntılar oluşmaktadır (Beydağ, 2007).

Lohusanın pospartum dönemde; kendine ve bebeğine yetebilmesi, fiziksel, çevresel, sosyakültürel ve psikosipritüel konfor bakımından gereksinimlerinin karşılanmasıyla sağlanabilecektir. Sezaryenli annelerin, SVD yapan annelere göre daha fazla sorunla karşı karşıya kalırlar. Kendi bakımlarını ve yenidoğanın bakımlarını yerine getirmede sezaryenli lohusalar, SVD yapan lohusalara göre daha çok zorlanırlar (Yılmaz, 2002). Annenin sorunlarını belirlemek, bu sorunlara göre konfor düzeyini yükseltecek girişimlerde bulunmak, annenin doğum sonu memnuniyet düzeyini ve aldığı bakımın kalitesine katkı sağlar. Bu yüzden doğum sonu bakım annenin ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır (Kolcaba, 2003).

Doğum sonu dönemde anne kendi öz bakımını yapamayacak ve hatta bebeğiyle ilgilenemeyecek bir durumda olabilmektedir. Bu gibi sebeplere bağlı olarak genellikle psikolojik dengesizlikler ve yoğun stres görülebilmektedir. Annenin öz bakımını destekleme, ağrısını en aza indirme, kanama durumunu kontrol altına alma,

bebeğinin bakımını sağlama ve psikolojik olarak destekleme gibi girişimlerde bulunmak konfor düzeyini artırmaktadır (Karabulutlu, 2012). Araştırma sonuçlarına bakıldığında doğum sonu konforu; kadının doğum tercihi, sosyodemografik özellikleri, sağlık çalışanlarından aldığı bakım, ebeveynlerin bu süreçteki desteği, fiziksel koşullar, pospartum dönemde yaşanan sıkıntılar ve istenen gebelik olması konfor düzeyini etkilediği belirlenmiştir (Karakaplan ve Yıldız 2010).

Doğum Şekli: Annenin pospartum konforunun oluşturulabilmesinde; kadının doğum tercihinin bilinmesi, doğum tercihinin göre değişiklik gösteren konfor düzeylerinin belirlenmesi ve uygun girişimlerde bulunarak annenin doğum sonu konfor düzeyini artırılması önemlidir. Yapılan araştırmalarda sezaryenli kadınların, SVD yapan kadınlara göre pospartum konfor düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Coşkun, 2003). Çünkü sezaryen doğumdan sonra ağrı daha sık görüldüğü için doğum sonu konfor düzeyi azalır (Wilson ve Kolcaba 2004).

Eğitim Durumu: Eğitim ve sosyodemografik özellikler annenin doğum sonu konfor düzeyini belirlemede etkilidir ve bu özellikler annelerin beklentilerinin belirlenmesinde etkili olabilmektedir. Lohusaların eğitim durumları yükseldikçe sosyokültürel konfor puan ortalamasının düştüğü saptanmıştır (Pınar vd., 2009).

Çekirdek Aile: Çapık ve ark. yaptığı araştırmada çekirdek ailede yaşayan annelerin doğum sonu konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan annenin destek sisteminin, kalabalık ailede yaşayan annenin destek sistemine göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Türkoğlu vd., 2014).

Kadınların Sağlık Çalışanlarından Aldıkları Bakım: Pospartum dönemde sağlık çalışanlarının lohusaya gereksinimlerine göre sunulan bakımın, doğum sonu konforu belirlemede etkisi büyüktür. Coşkun (2003) 'un çalışmasında annelerin doğum sonu bakımında sağlık çalışanlarından beklentileri; güler yüz, empati, yenidoğan bakımı hakkında bilgi, sağlık çalışanlarının kendileriyle yakından ilgilenmeleri, doğum sonu bakım ile ilgili bilgi ve doğum sonu ağrı kontrolü sağlanması olduğunu belirtmiştir (Coşkun, 2003).

Kadınların Antenatal Dönemde Aldıkları Eğitim: Ülkemizde sağlık kuruluşlarında yürütülen birçok antenatal dönem eğitim programı mevcuttur. Bunlar

gebe bilgilendirme sınıfları; doğuma hazırlık sınıfları, doğum öncesi eğitim sınıfı, antenatal eğitim, ebeveyn eğitimi, perinatal eğitim ve gebe okulu eğitimidir. Bu programların merkezinde ebeler yer almaktadır ve ebelerin yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir.

Bu eğitimlerde ebeler kadının sağlıklı bir doğum deneyimi geçirebilmesi için gebenin ve ailenin gereksinimlerini belirler ve bu gereksinimlere uygun girişimde bulunurlar. Düşük riskli gebelerin uygun eğitim programlarına ve katılım sayıları fazla olan gruplarda eğitim almalı sağlanır. Eğitimler Bakanlıkça belirlenen eğitim konuları çerçevesinde verilir. Eğitim amacı; lohusanın ve yenidoğanın sorunsuz bir süreç geçirmesi, gebelik ve doğum süresince daha nitelikli ve kaliteli bakım alınarak annenin konfor düzeyini arttırmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sosyal Destek Algısı: Bireyin çalışma hayatında veya özel hayatında önemli olan, gerektiğinde bireye duygusal yardımda bulunan, sağlığı sürdürmeye yarayan bireyler “Sosyal Destek Sistemleri” olarak adlandırılır (Ardahan, 2006). Primipar ilk doğumunu yapan kadının lohusalık sürecinde kendini yetersiz hissetmesi, yenidoğan konusunda yeterli bilgiye sahip olamaması ve aile fertlerinden yeterli desteği göremediğinde ruhsal sıkıntılar meydana gelmektedir (Erci ve Öztürk 2016). Lohusanın postpartum iyilik hali; önceki yaşamışlıklarına ve yaşam şartlarına, sağlık çalışanlarının nitelikli hizmetine, ebeveynelerinden gördüğü destek ile doğrudan ilgilidir (Dönmez ve Karaçam 2017).

Çevresel Koşullar: Doğum sonu dönemde annenin fiziksel konforunu arttırabilmesi, fiziksel ortamdaki eşyaların, ışık, renk, ses, ısı ve koku vb. etmenlerin kontrol altına alınması önem taşımaktadır (Kolcaba, 2003). Karakaplan (2007) tarafından yapılan çalışmada kadınların doğum sonu gereksinimleri, hastanedeki fiziksel unsurlar ve sağlık çalışanları ile iletişimi doğrudan konfor düzeyini etkilemektedir. Lohusalar doğumdan sonra bitkin, halsiz ve uykuya ihtiyaçları vardır. Doğum anında gelen ağrılar, doğum sırasındaki kan kaybı ve harcanan enerji doğum sonu dönemde annenin bitkin düşmesini sağlamak ve bu da doğum sonu konforu düzeyinin azalmasına neden olmaktadır. Yorgun düşen annenin uyuması ve dinlenmesini sağlamak doğum sonu konfor düzeyi açısından oldukça önemlidir. Annelerin lohusalık dönemde çevresel şartlarının düzenlenmesiyle, konfor düzeyinin arttığı

belirlenmiştir (Karakaplan, 2007). Ayrıca annenin rahat uyuması ve dinlenebilmesi için sağlık çalışanlarının kadının uykusunu bozacak fiziksel uyaranları düzenlemeli ve annenin dinlenebilmesi için uygun ortamı sağlamalıdır. Lohusalık döneminde konforu azaltan çevresel faktörler doğum sonu konfor ölçeği tarafından değerlendirilememektedir (Karakaplan ve Yıldız 2010).

Gebeliğin Planlı Olması: Üst ve ark. (2013) araştırmasında planlı olmayan gebeliklerde kaygı ve stresin düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaygı ve stres annenin doğum sonu döneme uyum sürecini olumsuz etkilemektedir. Başka bir çalışmada planlı gebeliğin emzirme sürecine olumlu etkisinin olduğu ve annelerin ilk 6 ay anne sütü verme oranını arttırdığı saptanmıştır. Kadınların gebeliklerinin zamanını kendilerinin belirlemesi ve istenen bebek olması doğum sonu konforu iyi yönde etkilemektedir (Yeşilçiçek Çalık vd., 2017).

Doğum Sonu Dönemde Konforu Sağlamada Ebeğin Rolü: Uluslararası Ebeler Federasyonu (ICM)'na göre ebe; 'Eğitim programlarına düzenli katılım gösteren, ebelik özelliklerini taşıyan, kanunen ebelik unvanı geçerli, doğum ve doğum sonu süreçte bakım veren, doğumun gerçekleşmesinde rol oynayan ve yenidoğan ve çocuğun bakımını sağlayan sağlık profesyoneli' (ICM, 2019). Ebeler kadın yaşamının her döneminde yer almaktadır. Kadının sıhhatinin korunmasında ve iyilik halinin artırılmasında önemli yere sahiptir. Lohusalık dönemde ebeler kadında oluşan farklılıkları, oluşabilecek sorunları ve sıkıntıları, kadının gereksinimlerinin belirlenmesi ve gerekirse müdahale edilerek doğum sonu süreçte bakım sunabilmesi açısından önemlidir (Arslan, 2014; Doğaner, 2002). Sezaryen sayılarının azaltılabilmesi için uluslararası kanıta dayalı girişimlerin ülkemizde uygulanmaya başlanması sağlanmalıdır. Her gebenin bir ebesi olmak üzere; aynı ebeğin doğum öncesi ve doğum sonrası süreçte annenin gereksinimleri doğrultusunda bilgi ve danışmalık vermesi, doğuma hazırlaması, spontan vajinal doğumu gerçekleştirmesi ebeğin sorumluluğu altındır. Doğum da 'anne dostu' uygulamalarına önem verilmeli, çeşitli düzenlemeler yapılarak ebelerin daha aktif hale getirilmeleri sezaryen sayılarının azaltılmasını sağlayacaktır (Arslan vd., 2008).

Ebelerin doğum sonu dönemde bakım vermelerinin amacı; anne ve bebeğin bu süreci sağlıklı geçirmelerini sağlamaktır. Doğum sonu bakımın içeriği ve kalitesi artırılırsa

annelerin bu süreci daha sağlıklı geçirmeleri sağlanır (Çelik vd, 2014). İyi iletişim kurabilen, güler yüzlü ve eğitimli ebeler tarafından bakım alan annelerin doğum sonu annelik rolüne ve doğum sonu sürece uyum sağlaması daha kısa sürmektedir (Moran vd., 2004; Tarkka vd., 2000).

Anneler lohusalık dönemde ebelik hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık çalışanlarının kolay diye adlandırdığı sorunlar özellikle primipar anneler için çözülmesi zor sorunlar olabilmektedir. Bu yüzden çevrelerinde bulunan yakınlarından destek görmek isterler. Doğum sonu bakım annenin gereksinimlerini karşılayacak şekilde ve bakımın önemli kısmı annenin doğum sonu konforunun arttırılmasına yardım edecek şekilde planlanmalıdır (Taşkın, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, primipar kadınların doğum şeklinin optimalite düzeyine ve doğum sonu dönemdeki konfora etkisini ölçmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır. Çalışma tasarımının planlanması, uygulanması ve rapor haline getirilmesinde STROBE bildiriminden yararlanılmıştır (Ek-8).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kırklareli ili, Lüleburgaz ilçesi Lüleburgaz Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür. Lüleburgaz Devlet Hastanesi Kırklareli iline bağlı en büyük ilçedir. Kırklareli ili içerisinde en yüksek doğum sayılarına sahiptir. Araştırma Lüleburgaz Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Doğumhane biriminde yapılacaktır.

Doğumhane Birimi; 5 travay, doğum ve lohusa odası (TDL), 1 Non Stres Test (NST) odası ve 1 müdahale odasından oluşmaktadır. Bu bölümde 3 kadın doğum uzmanı, 9 ebe, 1 tıbbi sekreter ve 2 personel çalışmaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı gerekli durumlarda doğumlara katılmaktadır.

Kadın Doğum Servisi: 16 oda ve 1 özel oda bulunmaktadır. Serviste toplam 33 yatak yer almaktadır.

Spontan vajinal doğumunu sorunsuz tamamlayan loğusalar genellikle ilk 1 saat içinde doğumhanede gözlemlendikten sonra 1. saatin sonunda servise getirilmektedir. Doğum gerçekleştikten sonra yenidoğanın iyilik durumuna göre anne ile ilk 1 saat içerisinde ten tene temas sağlanır. Servise alınan lohusanın yaşamsal bulgularının kontrolü, kanama takibi ve anneye emzirme danışmanlığı desteğiyle annenin bebeğini emzirmesi sağlanmaktadır.

Sezaryen doğumlarda ise anne, doğumhanede gerekli ameliyat öncesi hazırlıkları yapıldıktan sonra doğumhane ebesi tarafından ameliyathaneye teslim edilmektedir. Araştırmaya alınan sezaryen doğumların tümünde spinal anestezi tercih edilmiştir. Anne sezaryen doğum sırasında uyanıktır ve bebek doğduktan sonra bebeğin iyilik durumuna göre ten tene temas sağlanır. Vajinal doğumlarda yenidoğan anne ile birlikte gelirken sezaryen doğumlarda anneden önce gelir. Anne ameliyathaneden servise geldiğinde yaşam bulguları kontrolü, kanam takibi ve anneye emzirme danışmanlığı desteğiyle annenin bebeğini emzirmesi sağlanmaktadır.

Lohusaların taburculuk süreleri spontan vajinal doğumdan sonra 24 saat, sezaryen doğumdan sonra ise 48 saattir. Lohusa taburculuk sürecinde emzirme, nelere dikkat etmesi gerektiği ve aile planlaması eğitimi verilir. Yenidoğandan taburculuk öncesinde topuk kanı alınır, hepatit aşısı ve işitme testi yapılarak taburcu edilir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.01.2019 - 31.12.2019 yılında Lüleburgaz Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisinde spontan vajinal doğum ve spinal anestezi ile sezaryan doğum yapan 217 primipar lohusa oluşturmaktadır. Çalışmada evreni bilinen örneklem yönteminden yararlanılmış olup, örneklem sayısının hesaplanmasında Raosoft programı kullanılarak I. Tip hata miktarı 0,05, testin gücü 0,90 iken ($\alpha=0,05$, $1-\beta=0,90$) minimal örneklem sayısı 139 olarak bulunmuştur (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>). Vakalarda kayıp olabileceğinden. 1.3 örüntü etkisi ile örneklemde kayıp olabileceği varsayılarak alınacak kişi sayısı 155 olarak belirlendi. Araştırma verileri Lüleburgaz Devlet Hastanesinde, Ocak 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanılmıştır. Çalışma sonunda ise 100 SVD ve 100 spinal anestezi ile SD yapan toplamda 200 kadına ulaşılmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan gebeler çalışmaya alınmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 20-40 yaş arasında olma
- 38.- 42. Gebelik haftalarında primipar olma,
- Spontan vajinal doğum veya spinal anestezi ile sezaryan doğum yapmış olma

- Tek gebelik
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen
- Çalışmaya katılmayı kabul eden
- Anket ve ölçek formlarını tam olarak yanıtlama

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Spontan vajinal doğum sonrası gelişen vajinal bölgede meydana gelen laserasyon, apse, enfeksiyon
- Kronik hastalığa sahip olma (diyabet, hipertansiyon, tiroid)
- Operatif vajinal doğum yapmış olma (forceps, vakum)
- Riskli gebelik tanısı alma
- Genel anestezi altında sezeryan doğum yapmış olma
- Spontan vajinal doğum ya da sezeryan sonrası komplikasyon gelişmiş olması (kanama, enfeksiyon, laserasyon,)
- Yenidoğan da herhangi bir sağlık probleminin olması

3.4. Veri Toplama Araçları:

Araştırma kriterlerine uyan primipar kadınlara tanıtıcı bilgi formu, optimalite indeksi ve doğum sonu konfor ölçeği uygulanacaktır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4):

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu bireyin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik öyküsünü incelemeye yönelik 15 sorudan oluşan bir veri toplama aracıdır (Ek-4). (Büyükkak, 2019; Büyük, 2017).

3.4.2. Optimalite İndeksi - Türkiye (OI-TR) (EK-5):

Ülkemizde perinatal bakım değerlendirilmesi ile ilgili eksiklikler göze çarpmaktadır. Değerlendirme yapılırken genel olarak anne bebek mortalite ve morbidite oranlarına odaklanılmaktadır. Ancak anne ile bebeğin optimal anlamda iyilik halleri ya da doğum deneyiminin üzerinde durulmamaktadır. Verilen bakımlar kanıtlarla

desteklenmemektedir. Bu eksiklikleri gidermek amacıyla 2012 yılında Çiğdem Yücel ve ark. Tarafından OI-US'in Türkçe'ye uyarlanma çalışması yapılmıştır. OI-US, 1960'lı yıllarda oluşturulmuş ve günümüzde Amerika ve İngiltere'de kullanılmaktadır. Türkçe uyarlaması olan OI-TR' de, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olmak üzere iki bölüm vardır ve toplamda 60 (18+42) maddeden oluşmaktadır. İndekste verilerin bulunan maddeler için optimal (1 puan) ya da optimal olmayan (0 puan) olarak kodlanıp ikili puanlama şeklinde puanlandırılmaktadır. OI-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve maddelerin klinik yönden birden fazla durumu yansıtmasına bağlı homojen dağılım göstermediği için Cronbach alpha değeri hesaplanamamaktadır. Ölçeğin her bir maddesi kanıtlara dayandırılmaktadır. Bu bağlamda indeksin kanıt düzeyini güncel tutulabilmesi için Amerika'da Optimal Çalışma Grubu oluşturulmuştur. Bir grup araştırmacı ve klinisyenden oluşan grup, literatürde değerlendirmeler yaparak indeksin güncel halini sunmaktadırlar (Ek-5). OI-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve maddelerin klinik yönden birden fazla durumu yansıtmasına bağlı homojen dağılım göstermediği için Cronbach alpha değeri hesaplanamamaktadır. Ölçeğin kullanımı için Çiğdem Yücel yazılı izin alınmıştır.

3.4.3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (EK-6):

Doğum sonu dönem; anne, bebek ve ailenin sağlığını koruma ve geliştirme anlamında önemli bir zaman aralığıdır. Bu dönemde hızlı bir şekilde iyileşme süreci yaşanır, aile bir anda değişen durumlarına adapte olurken yoğun stres yaşar ve psikososyal dengeler bozulabilir. NSD ile C/S sonrası iyileşme süreçlerinde farklılıklar olduğu çalışmalarda yer almakta ve bunun da konfor düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, 2010 yılında Selma Karakaplan ve Hatice Yıldız tarafından, C/S ya da NSD yapan annelerin konfor düzeyini ölçmek ve duruma göre optimal konfor sağlanarak gerekli bakımı vermek amacıyla DSKÖ geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilirken konfor kuramına dayandırılmış ve 1992 yılında Katharina Kolcaba tarafından geliştirilip ülkemiz için geçerlilik-güvenirliliği Sema Kuşuoğlu ve Ükke Karabacak tarafından yapılan Genel Konfor Ölçeği temel alınmıştır. 34 maddelik DSKÖ'de, 5'li likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmaktadır. Ölçülmek istenen durumu belirleyen maddeler ve bu maddeler için geçerli olmak

üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelendirmeler ve puanlamalar yapılmaktadır. Ölçekten en düşük 34, en yüksek 170 puan alınmaktadır. Puan arttıkça konfor düzeyi artmakta puan azaldıkça konfor düzeyi azalmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa katsayı 78’dir. Bu çalışma için elde edilen Cronbach alfa kat sayısı 0,902’dir. Ölçeğin kullanımı için Hatice Yıldız’ dan yazılı izin alınmıştır (Ek-6).

3.4.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-7):

Araştırmaya katılacak primiparlarda araştırmanın konusunun önemi ve nasıl yapılacağı anlatılarak katılımcılardan veri toplama aşamasında bilgilendirilmiş olurlarını almak için kullanılacaktır. (Ek-7)

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

“Optimalite İndeksi Türkiye Ölçeği” ve “Doğum Sonu Konfor Ölçeği” puanları oluşturmaktadır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Gebelerin sosyodemografik, obstetrik özellikleri, gebeliğe ilişkin, doğum sonu döneme ilişkin özellikler oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

H0: Primipar kadınların doğum şekillerinin optimalite düzeyi ve doğum sonu dönemdeki konfor üzerine etkisi yoktur.

H1: ‘Primipar kadınların doğum şekillerinin optimalite düzeyi ve doğum sonu dönemdeki konfor üzerine etkisi vardır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Kırklareli Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 18 Kasım 2020 tarihli ve PR0266R0 protokol kodu ile etik kurul onayı alınmıştır. Daha sonrasında Lüleburgaz Devlet Hastanesinin doğumhane ve kadın doğum servisinde tezimi yapabilmem için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne dilekçe verilerek 1 Ocak 2021 tarihli kurum izni alınmıştır (Ek-5). Araştırma sırasında, araştırmacı tarafından katılımcılara sözel ve yazılı bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır.

3.8. İstatistiksel Analizler

Araştırmanın istatistiksel analizi Windows için SPSS (Version 25.0, Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin Skewness ve Kurtosis değerleri $+2.0/-2.0$ sınır aralığında kaldığından verilerin normal dağılıma uygun olduğu görüldü (George ve Mallery 2016). Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve ortanca değerleriyle, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile gösterilmiş, tanımlayıcı istatistiklerde gruplara ait özelliklerin tanımlanmasında pearson ki kare testi kullanılmıştır. Bağımsız grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Elde edilen veriler %95 güven aralığında ve anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Araştırma sonuçları, örneklem ile sınırlı olması sebebi ile tüm lohusalarda (SVD yapmış veya spinal anestezi ile SD yapmış) genellemez.
- Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup içinde genellenebilir olmasıdır.
- Araştırma verilerinin covid sürecinde toplanmış olmasıdır.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmada kullanılacak anketlerin primipar lohusalarla yüz yüze yapılmasıdır.

- Araştırmada sezaryen olan tüm primipar kadınların spinal anestezi ile sezaryen sırasında uyanık olmasıdır.



4. BULGULAR

Primipar kadınlarda doğum şeklinin optimalite ve doğum sonu konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular bu kısımda yer almaktadır. Elde edilen bulgular aşağıda incelenmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri

Özellikler	Normal Doğum (N=100)		Sezaryen Doğum (N=100)		Toplam (N=200)		İstatistik	
	Ort.± SS	Ortanca	Ort.± SS	Ortanca	Ort.± SS	Ortanca	Z	p
Yaş	24,85±4,33	24,50	26,05±0,51	26,00	25,45±3,13	26,00	-3,342	0,001
Özellikler	Normal Doğum (N=100)		Sezaryen Doğum (N=100)		Toplam (N=200)		İstatistik	
	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Yaşadığı Yer								
Kent	69	69,0	1	100,0	169	84,5	36,686	<0,001
Kırsal	31	31,0	0	0,0	31	15,5		
Eğitim Durumu								
İlköğretim	26	26,0	0	0,0	26	13,0	119,59	<0,001
Lise	53	53,0	3	3,0	56	28,0	2	
Üniversite	21	21,0	97	97,0	118	59,0		
Gelir Durumu								
Geliri giderinden az	46	46,0	2	2,0	48	24,0		
Geliri giderine denk	45	45,0	98	98,0	143	71,5	77,965*	<0,001
Geliri giderinden fazla	9	9,0	0	0,0	9	4,5		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	47	47,0	2	2,0	49	24,5	54,737	<0,001
Çalışmıyor	53	53,0	98	98,0	151	75,5		
Sosyal Güvence Durumu								
Var	89	89,0	100	100,0	189	94,5	11,640	0,001
Yok	11	11,0	0	0,0	11	5,5		
Gebe Okuluna Katılım Durumu								
Evet	2	2,0	0	0,0	2	1,0	2,020	0,497
Hayır	98	98,0	100	100,0	198	99,0		

p<0,005, *Fisher Exact Test, χ²: Pearson Chi Square Test, Z: Mann Whitney U Test

Tablo 1’de gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların doğum şekline göre yaş ortalamaları incelendiğinde SVD yapanların $24,85 \pm 4,33$, sezeryan ile doğum yapanların ise yaş ortalamasının $26,05 \pm 0,51$ olduğu tespit edilmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p < 0,05$, Tablo 1). Doğum şekline göre katılımcıların yaşadığı yer, eğitim durumları, gelir düzeyleri, çalışma durumu ve sosyal güvenceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık var iken ($p < 0,05$); gebe okuluna katılım durumları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 1).

4.2. Gebelerin Oİ-TR’ye Yönelik Bulguları

Tablo 2. Gebelerin Optimalite İndeksi Ortalamaları (N= 200)

	Normal Doğum (N=100)	Sezaryen Doğum (N=100)
	Ort.± SS	Ort.± SS
PÖİ	88,60±5,71	92,07±3,99
Öİ	84,02±3,12	89,01±5,83
Öİ Toplam	85,40±2,98	90,86±3,66

Oİ: Optimalite İndeksi; PÖİ: Perinatal Özgeçmiş İndeksi; Ort: Ortalama; SS:Standart Sapma

Oİ-TR; PÖİ ve Öİ olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her birinin ayrı puanlaması mevcut olup Total Optimalite İndeksi (Total Oİ) puanı da hesaplanmaktadır. Oİ-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve spontan vajinal doğum ile sezeryan gruplarının doğum süreçleri farklı olduğu için gruplar arasında karşılaştırma yapılamamaktadır. Buna istinaden tablo 2 ile ilgili gerekli açıklama aşağıda yer almaktadır;

Tablo 2’de doğum şekline göre gebelerin optimalite indeksi puanları yer almaktadır. Araştırmada SVD ile gebeliği sonlanan katılımcıların PÖİ’den aldıkları puan ortalaması $88,60 \pm 5,71$ iken, sezeryan ile doğum yapanların PÖİ’den aldıkları puan ortalamasının $92,07 \pm 3,99$ olduğu belirlenmiştir. SVD ile gebeliği sonlanan katılımcıların Öİ’den aldıkları puan ortalaması $84,02 \pm 3,12$ iken, sezeryan ile doğum yapan katılımcıların Öİ’den aldıkları puan ortalamasının $89,01 \pm 5,83$ olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan katılımcıların Optimalite İndeksi toplam puan

ortalamalarının SVD yapan grup için $85,40 \pm 2,98$ ve sezeryan ile doğum yapanlar içinde $90,86 \pm 3,66$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaları (N= 200)

Ölçek Maddeleri	Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ)					
	Normal Doğum (N=100)			Sezaryen Doğum (N=100)		
	Optimal (1) n(%)	Optimal Değil (0) n(%)	Geçerli Değil* (7) n(%)	Optimal (1) n(%)	Optimal Değil (2) n(%)	Geçerli Değil* (7) n(%)
1. Evli olmak/partneri olmak	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	100 (100)	0 (0)		98 (98)	2 (2)	
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	74 (74)	26 (26)		100 (100)	0 (0)	
5. Sağlık güvencesine sahip olmak	89 (89)	11 (11)		100 (100)	0 (0)	
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	48 (48)	52 (52)		74 (74)	26 (26)	
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	96 (96)	4 (4)		100 (100)	0 (0)	
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olmak	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	93 (93)	7 (7)		92 (92)	8(8)	
10. Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olmak	98 (98)	2 (2)		98 (98)	2 (2)	
11. Kronik hastalık öyküsüne sahip olmamak ; Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II-IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak			100 (100)			100 (100)
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak			100 (100)			100 (100)
14. Preterm doğum öyküsüne sahip olmamak			100 (100)			100 (100)
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne sahip olmamak			100 (100)			100 (100)
16. Sezaryen doğum öyküsüne sahip olmamak			100 (100)			100 (100)

Tablo 3. Devamı. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaları (N= 200)

17. 2500 gr'ın altında doğan bebek öyküsüne sahip olmamak	100 (100)	100 (100)
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne sahip olmamak: Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp, plasenta previa, ablasyo plasenta, şiddetli preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu	100 (100)	100 (100)

*PÖİ altında yer alan geçerli değil (7) olarak kodlanan bölüm primpar vakaları ifade etmektedir.

Oİ-TR klinik sahada yapılan uygulamaları kanıt temelli olarak değerlendirmek amacıyla hazırlandığı için optimal olanlar 1 puan ve optimal olmayanlar da 0 şeklinde kodlanmaktadır. Ayrıca PBÖ'de primipar katılımcılar ve Oİ'de planlı sezaryen, 1. Evrede sezaryen ile 2. evrede sezaryene alınanlar için cevaplanamayan maddeler 7 yani geçerli değil olarak kodlanmaktadır. Tablo 3'de doğum şekline göre gebelerin Oİ-TR maddelerine göre PÖİ kodlamaları yer almaktadır. Araştırmada SVD grubunda %74'nün lise ve üzerinde eğitime sahip olması, %89'nın sağlık güvencesine sahip olması ve %52'sinin (48) gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalmış olması bu grupta optimaliteyi sezaryen doğuma göre önemli ölçüde düşüren bir oran olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada gebelerin Oİ-TR maddelerine göre PÖİ puanlarının düşük olmasının başlıca sebebi katılımcıların hepsinin primipar olmasıdır (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaların Devamı (N= 200)

Ölçek Maddeleri	Optimalite İndeksi (Oİ)					
	Normal Doğum (N=100)			Sezaryen Doğum (N=100)		
	Optimal (1) n (%)	Optimal Değil (0) n (%)	Geçerli Değil(7) n(%)	Optimal (1) n (%)	Optimal Değil (0) n (%)	Geçerli Değil (7) n(%)
19. İntrauterin fetal kayıp <u>yaşamadı.</u>	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz <u>kalmadı.</u>	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
21. Gebelik komplikasyonu <u>yaşamadı:</u> tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma), çoğul gebelik, plasenta previa, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
22. Yeterli prenatal bakım aldı: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	99 (99)	1 (1)		100 (100)	0 (0)	
23. Amniyosentez ya da koryonik villus örnekleme <u>yapılmadı.</u>	100 (100)	0 (0)		100 (100)	0 (0)	
24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil <u>yapılmadı.</u>	0 (0)	100 (100)		0 (0)	100 (100)	
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.	97 (97)	3(3)		94 (94)	6 (6)	
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.	100 (100)	0 (0)		91 (91)	9 (9)	
27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.	100 (100)	0 (0)		51 (51)		49 (49)
28. Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulanmadı.	11 (11)	89 (89)		27 (27)	24 (24)	49 (49)
29. Amniyotomi yapılmadı.	80 (80)	20 (20)		38 (38)	13 (13)	49 (49)
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapılmadı.	11 (11)	89 (89)		25 (25)	26 (26)	49 (49)

Tablo 4. Devamı. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaların (N= 200)

31. Doğumda epidural analjezi kullanılmadı.	100 (100)	0 (0)	51 (51)	49 (49)	
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı (Sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce).	100 (100)	0 (0)	51 (51)	49 (49)	
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi (uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non reaktif NST, fetal taşikardi).	100 (100)	0 (0)	46 (46)	5 (5)	49 (49)
34. Doğum eylemi sırasında destek veren kişi vardı (sağlık ekibi dışında)	16 (16)	84 (84)	15 (15)	36 (36)	49 (49)
35. Spontan olarak ikindi.	100 (100)	0 (0)	4 (4)	7 (7)	89 (89)
36. Doğum, doğum eyleminin başlangıcında planlanan yerde gerçekleşti.	89 (89)	11 (11)	47 (47)	4 (4)	49 (49)
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.	1 (1)	99 (99)	0 (0)	100 (100)	
38. Doğum sefalik prezantasyon ile gerçekleşti.	99 (99)	1 (1)	96 (96)	4 (4)	
39. Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti (forseps ya da vakum kullanılmadı).	100 (100)	0 (0)	5 (5)	6 (6)	89 (89)
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.	100 (100)	0 (0)	0 (0)	11 (11)	89 (89)
41. Epizyotomi uygulanmadı.	14 (14)	86 (86)	10 (10)	1 (1)	89 (89)
42. Perinede ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon gelişmedi (sulkus ya da servikal laserasyonları da içeren).	99 (99)	1 (1)	11 (11)	0 (0)	89 (89)
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme olmadı (3. ya da 4. derece perineal yırtığa).	100 (100)	0 (0)	11 (11)	0 (0)	89 (89)

Tablo 4. Devamı. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaların (N= 200)

44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulanmadı (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç).	99 (99)	1 (1)	100 (100)
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	100 (100)		100 (100)
46. Plesenta spontan olarak doğurtuldu.	100 (100)		100 (100)
47. Doğum sonu kanama gelişmedi.	100 (100)		100 (100)
48. Kan transfüzyonu <u>yapılmadı</u>.	100 (100)		100 (100)
49. İntrapartum komplikasyon <u>gelişmedi</u>: koryoamniyonit, kord prolapsusu, şiddetli preeklampsi / eklampsi, ablasyo plasenta, omuz distosisi, plasenta akreta, emboli	100 (100)		100 (100)
50. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.	100 (100)		100 (100)
51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.	100 (100)		99 (99) 1 (1)
52. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.	100 (100)		100 (100)
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer <u>edilmedi</u>.	100 (100)		100 (100)
54. Konjenital anomali <u>gözlenmedi</u>.	100 (100)		100 (100)
55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar <u>gözlenmedi</u> (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama, nekrotizan enterokolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyumsuzluğu, konvulsiyon, sepsis)	100 (100)		100 (100)
56. Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.	99 (99)	1 (1)	100 (100)
57. Perinatal ölüm <u>görülmedi</u>.	100 (100)		100 (100)

Tablo 4. Devamı. Gebelerin Oİ-TR Maddelerine Göre Kodlamaların (N= 200)

58. Anne hastanede iken ateş görülmedi (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı <u>konulmadı</u> ; sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematoma, derin ven trombozu	100 (100)		100 (100)	
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi <u>uygulanmadı</u> (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç)	6 (6)	94 (94)	11 (11)	89 (89)
60. Anne ölümü <u>görülmedi</u> .	100 (100)		100 (100)	

*Oİ altında yer alan geçerli değil (7) olarak kodlanan bölüm birinci ve ikinci evrede sezaryene alınan vakaları ifade etmektedir.

Tablo 4’de doğum şekline göre gebelerin Oİ-TR maddelerine göre Oİ kodlamaları yer almaktadır. Araştırmada spontan vajinal doğum grubunun %89’una doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulandığı, %20’sine amniyotomi yapıldığı, %89’una doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapıldığı ve %99’unda doğumda sırt üstü pozisyon kullanıldığı belirlenmiştir. Ayrıca %84’nun doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), %11’de doğum, doğum eyleminin başlangıcında planlanan yerde gerçekleşmediği ve %86’sına epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Katılımcıların %94’üne doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç) saptanmıştır. Bu maddelerin gruptaki optimaliteyi önemli ölçüde düşürdüğü görülmektedir (Tablo 4).

Araştırmada 49 tanesinin planlı sezaryen, 39 tanesinin 1. evrede sezaryen ve 12 tanesinin 2. evrede sezaryene alındığı görülmektedir. Sezaryen ile doğumun gerçekleştiği grubunun %24’üne doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu uygulandığı, %13’üne amniyotomi yapıldığı, %26’sına doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapıldığı ve %36’sında doğum eylemi

sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), %4'nün doğum, doğum eyleminin başlangıcında planlanan yerde gerçekleşmediği belirlenmiştir. Ayrıca tamamında sırt üstü pozisyon kullanıldığı, %89'sına doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç) saptanmıştır. Bu maddelerin gruptaki optimaliteyi önemli ölçüde düşürdüğü görülmektedir (Tablo 4).

Her iki grubun %100'üne nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil yapılması da gruplarda optimalite puanlarını düşürmüştür.

4.3. Gebelerin DSKÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 5. Gebelerin Doğum Şekline Göre Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N= 200)

	Normal Doğum (N=100)	Sezaryen Doğum (N=100)	Toplam	İstatistik	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	t	p
DSKÖ Fiziksel	42,37 ± 5,85	44,85 ± 6,43	43,61 ± 6,25	2,852	0,005
DSKÖ Psikospiritüel	20,63 ± 4,03	20,55 ± 0,31	20,59 ± 3,59	- 0,157	0,876
DSKÖ Sosyokültürel	26,82 ± 3,01	26,64 ± 2,96	26,73 ± 2,98	-0,426	0,671
DSKÖ Toplam	89,82 ± 11,28	92,04 ± 10,57	90,93 ± 10,96	1,435	0,153

p<0,005, t: Independent Sample t Test

Tablo 5’de gebelerin doğum şekline göre doğum sonu konfor ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. DSKÖ toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen ($p>0,05$), sezeryan ile doğum yapmış grubun DSKÖ toplam puan ortalamasının $92,04 \pm 10,57$ olduğu, spontan vajinal doğum yapmış olan grubun ise DSKÖ toplam puan ortalamasının $89,82 \pm 11,28$ olduğu görülmektedir (Tablo 5). DSKÖ psikospiritüel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken ($p>0,05$), DSKÖ fiziksel alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 5).

5. TARTIŞMA

Ülkemizde doğum şekillerine bakıldığında spontan vajinal doğum (SVD) sayıları ile sezaryen doğum (SD) sayılarının çok yakın olduğu ve sezaryen doğum sayılarının arttığı görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 raporuna göre Türkiye'de %36,7 olan sezaryen oranı, TNSA-2013'de %48'e, TNSA-2018 raporunda ise sezaryen oranı %52' e yükselmiştir (TNSA, 2008; TNSA, 2013; TNSA, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranının %15 olması gerektiğini açıklamış fakat ülkemizdeki sezaryen oranı çok yüksektir (WHO, 1981). Türkiye OECD ülkeleri arasında 2020 yılında 1000 canlı doğumda 573 sezaryen doğumla ilk sıralarda yer almaktadır (OCED, 2020). Bundan dolayı ülkemizde artan sezaryen oranlarının azaltılmasına çalışılmakta ve 2010 yılında sağlık bakanlığı tarafından Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (DSEYR) hazırlanmıştır. Rehberde sezaryen endikasyonları ve bu durumlarda neler yapılması gerektiğini gösteren akış şemaları bulunmaktadır. Sezaryen doğumun spontan vajinal doğumun gerçekleşmediği durumlarda başvurulması gerektiği vurgulanmıştır (DSEYR, 2010).

Araştırmada 100 primipar SVD ve 100 primipar SD olmak üzere iki grupta çalışılmıştır. TNSA 2018 verilerine göre sezaryen doğum oranı %52'dir. Sezaryen olma durumlarına bakıldığında; %38'inde doğum sancıları başlamadan sezaryen kararı verildiği, %14 ünde sancılar başladıktan sonra karar verildiği görülmüştür. Planlı sezaryen sayıları ile plansız sezaryen sayıları karşılaştırıldığında ise planlı sezaryen oranının fazla olduğu görülmüştür. Bu da dolayısıyla sezaryen doğumların gerekli ve zorunlu olmadığını göstermektedir. Araştırmamızın bulguları ile de örtüşmektedir. Araştırmamızda sezaryen sayılarının 49'u planlı sezaryen, 39 tanesi birinci evre de sezaryen ve 12 tanesi ikinci evrede sezaryen olduğu görülmüştür. Planlı sezaryenler ileri ki dönemlerde mükerrer sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Sağlık Bakanlığının DSEYR'de primipar sezaryen oranlarının azaltılması gerektiği ve sezaryen doğumlardan sonra spontan vajinal doğumun desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

5.1. Katılımcıların Sosyo demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine bakıldığında SVD yapanların yaş ortalamasının $24,85 \pm 4,33$, sezeryan ile doğum yapanların ise yaş ortalamasının $26,05 \pm 0,51$ olduğu tespit edilmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 1). SD oranlarında artış olmasının nedenleri arasında ileri yaş faktörü yer aldığı için (Uzun ve Dağ 2019; Kızılırmak, 2011) çalışmada gruplar arasında anlamlı farklılığın olması bundan kaynaklı olabilir Kunt İşgüder ve ark. 2016 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2014-2016 yılları arasında gerçekleşen 2802 doğumu retrospektif olarak incelediği çalışmada, SD yapanların yaş ortalamasının 28.9 ± 5.6 SVD yapanların yaş ortalamasının ise 26.7 ± 5.9 olduğunu tespit etmiştir (İşgüder vd., 2017). Van ilinde Özcan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise spontan vajinal doğumun yaş ortalamasının $26,42 \pm 5,74$ sezaryen ile doğum gerçekleştirenlerin yaş ortalamasının ise $25,57 \pm 4,52$ olduğu görülmüş ve bu farklılığın bölgesel kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Özcan ve Aslan 2015).

Doğum şekline göre katılımcıların yaşadığı yer, eğitim durumları, gelir düzeyleri, çalışma durumu ve sosyal güvenceleri açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 1). Verilerde elde edilen sonuçlara göre SVD yapan kadınların %53'ünün lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre 25-29 yaş kadınların %52'sinin lise mezunu olduğu belirtilmiştir. Buda verileri kanıtlar niteliktedir. Sezaryen doğum yapan lohusaların ise %93 üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Literatürde sezaryen oranlarının artış sebepleri arasında eğitim düzeyi arttıkça sezaryen sayılarının arttığı belirtilmiş olup; çalışma sonuçlarımızda bunu destekler niteliktedir. (Uzun ve Dağ 2019; Kızılırmak, 2011).

Araştırmamızda sezaryen ile doğum yapan kadınların %100'ü kentsel alanda yaşamakta ve %97'si üniversite mezunudur. TNSA 2018 verisine göre; kentsel alanlarda yaşayan kadınların okuryazarlık oranı %95 iken, kırsal alanda yaşayan kadınların okuryazarlık oranlarının %90 olduğu belirtilmektedir Yaşanılan bölge kişilerin eğitim düzeylerini etkilemektedir (TNSA, 2018). Çalışma sonucumuz

TNSA verileri ile örtüşmekte olup, araştırmanın batı bölgesinde yapılmış olmasının da eğitim oranlarının yüksek çıkmasında etkili olmuş olduğu düşünülebilir.

Araştırmada katılımcıların ekonomik durumları karşılaştırıldığında; SVD yapanların %45'nin, SD yapanların ise %98'nin gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Karabulutun 2018 yılında yaptığı bir çalışmada SVD ve sezaryen doğumların %61,2'nin gelirinin gidere eşit olduğu belirlenmiştir (Karabulut, 2012). Başka bir çalışmada ise çalışmamızda elde edilen verilere paralel olarak gelir gider düzeylerinin artışı ile birlikte sezaryen oranlarının da arttığı saptanmıştır (Yuen vd., 2014). Çalışma sonuçları yapılmış araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların çalışma durumları incelendiğinde; SVD yapan kadınlarda %53'nün, SD yapan kadınların ise %98'nin çalışmadığı belirlenmiştir. Aslan ve Okumuş (2017)'un yaptığı araştırmada çalışmayan kadınların SVD tercih ettiği, çalışan kadınların ise SD tercih ettiği bulunmuştur. Çalışan kadınlar sezaryen doğumu gününü, saatini ve zamanını planlayabildikleri için sezaryen doğumu daha çok tercih etmektedirler (Aslan ve Okumuş 2017). Çalışmada SVD için bulunmuş veriler literatür ile paralellik gösterirken, sezaryen doğum için bulunmuş veriler literatürden farklıdır. Bunun sebebi olarak ailelerin sosyo ekonomik düzeylerinin yüksek olması kadınların sezaryen doğum olma durumlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada, kişisel bilgi formu yanı sıra, Oİ-TR ve DSKÖ olmak üzere iki ayrı değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Buna bağlı olarak buradan sonra araştırma bulguları iki ayrı başlık altında incelenecektir.

5.2. Gebelerin Oİ-TR'ye Yönelik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada; spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarının PÖİ ve Oİ değerleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. PÖİ skorlaması SVD ve SD için aynı soruları cevapladığından dolayı iki grup arasında karşılaştırma yapılabilmektedir. Oİ-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve SVD ile sezaryen gruplarının doğum süreçleri farklı olduğu için gruplar arasında karşılaştırma yapılamamaktadır.

Araştırmamızda gebelerin optimalite indeks puanlarına bakıldığında; SVD ile gebeliği sonlanan kadınların PÖİ'den aldıkları puan ortalamasının $88,60 \pm 5,71$ iken, sezeryan ile doğum yapanların PÖİ'den aldıkları puan ortalamasının $92,07 \pm 3,99$ olduğu belirlenmiştir. Spontan vajinal doğumun PÖİ skorunu düşüren en büyük sebeplerden biri gebelerin primipar olmalarıdır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında; SD grubunun PÖİ skorunun, SVD yapan grubun skorlamasından daha fazla olduğu görülmektedir. Büyükkal'ın (2019) Oİ-TR uyarlaması çalışmasında sezaryen grubun PÖİ skorunun $88,51 \pm 4,02$, olurken SVD yapan grubun PÖİ skoru ise $92,25 \pm 4,09$, olduğu belirlenmiştir (Büyükkal, 2019). Çifçi'nin (2019) yaptığı Oİ-TR uyarlama çalışmasında SD yapanların PÖİ skoru %85,07, SVD yapanların PÖİ skoru ise %90,16 olarak belirlenmiştir.

Yücel ve Taşkın'ın (2015) Oİ-TR'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında; sağlıklı gebelerin PÖİ puanının %88,05 olduğu, yüksek riskli gebelerin PÖİ puanının ise %85,49 olduğu belirlenmiştir (Taşkın vd., 2015). Yapılan bu çalışmalar ile çalışma sonucumuz arasındaki PÖİ skorları karşılaştırıldığında; SVD için PÖİ skorlaması örtüşürken sezaryen doğumun PÖİ skorlamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sezaryen doğum yapan grubun riskli olması ve PÖİ skorunun düşük olması beklenmektedir. TNSA 2018 verilerine göre; sezaryen doğum oranlarının %38'inin planlı sezaryen olduğu, bunda yapılan sezaryen doğumların gerekli ve zorunlu olmadığını göstermektedir (TNSA, 2018). Bu çalışmada da planlı sezaryen oranının yüksek oldu görülmektedir. Bunun sebebi olarak SVD hakkında bilgi eksikliği ve yanlış bilinen bilgiler sezaryen doğum yapan grubun riskli olamamasına rağmen planlı sezaryen oranını arttırmış olduğu düşünülmektedir.

Spontan vajinal doğum ile gebeliği sonlanan katılımcıların Oİ'den aldıkları puan ortalaması $84,02 \pm 3,12$ iken, sezeryan ile doğum yapan katılımcıların Oİ'den aldıkları puan ortalamasının $89,01 \pm 5,83$ olduğu saptanmıştır. Büyükkal'ın (2019) çalışmasında SVD yapanların Oİ skorlaması $83,39 \pm 3,79$, SD yapan grubun Oİ skorlaması $88,73 \pm 3,68$ olarak bulunmuştur. Çifçi'nin (2019) çalışmasında SD yapanların Oİ skoru %82,12, SVD yapanların Oİ skoru %76,11 olarak bulunmuştur (Çifçi, 2019). Yücel ve Taşkın (2015) yaptığı çalışmada sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebeler değerlendirilmiş ve sağlıklı gebelerin Oİ skorunun %77,65 olduğu, yüksek riskli gebelerin Oİ skorunun ise %78,60 olarak tespit edilmiştir. Low

ve ark. (2008)'nın yaptıkları çalışmasında; 3425 gebe üzerinde Oİ skorlaması yapılmış ve sağlıklı gebelerin Oİ skoru %84 bulunurken, yüksek riskli gebelerin Oİ skorlamasının %71 olduğu belirlenmiştir (Yücel vd., 2015; Low vd., 2008). Yapılan çalışmaların Oİ skorlama sonuçlarına bakıldığında sonuçların bu çalışmada elde edilen Oİ skorlarıyla örtüştüğü gözlenmektedir. Bu durum spontan vajinal doğum sırasında kanıta dayalı olmayan uygulamalardan ve invaziv işlemlerden kaynakladığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların Optimalite İndeksi toplam puan ortalamalarına bakıldığında SVD yapan grup için $85,40 \pm 2,98$ ve SD yapanlar içinde $90,86 \pm 3,66$ olduğu tespit edilmiştir. Büyükkal'ın (2019) çalışmasında SVD Total Oİ skoru $85,55 \pm 3,36$, SD Total Oİ skoru $88,51 \pm 2,74$ olarak bulunmuştur. Yücel ve Taşkın'ın (2015) yaptığı çalışmasında ise sağlıklı gebelerin Total Oİ puanı %77,65, bulunurken yüksek riskli gebelerin ise %78,60 bulunmuştur. Araştırma verileri Büyükkal'ın verileri ile örtüşürken, Yücel ve Taşkın (2015) 'ın yaptığı araştırma verileri ile karşılaştırıldığında ise Total Oİ skorunun Yücel ve Taşkın (2015)'ın Total Oİ skorundan daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma verilerinde elde edilen PÖİ ve Oİ skorlarının yüksek olmasından dolayı Total Oİ skorunda yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırmada; doğumda optimalitenin sağlanabilmesi için gereken değişkenlerin yerine getirilememesinden dolayı optimalite indeksi düzeyi düşmüştür. Yerine getirilmeyen bu değişkenler; gebelik döneminde nonstress test (NST) yapılması, doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmaması (sağlık ekibi dışında), doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmamasıdır (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç).

NST 'nin doğum süresince kullanım amacı; SVD öncesi bebeğin sağlıklı olduğunu ve fetüste oluşabilecek hipoksiyi geç kalmadan erken tespit etmektir (Umana ve Siccardi 2023). Buna bağlı olarak Antenatal Bakım Rehberi'nde rutin antenatal NST önerilmemektedir (DSÖ, 2016). Fakat NST ülkemizde rutin olarak kullanılmaktadır. Büyükkal (2019)'ın çalışmasında NST uygulamasının sezaryen ve spontan vajinal doğum grubunda da %100 kullanıldığı görülmekte olup veriler bu çalışma ile

uyumludur. Her iki grup içinde NST'nin rutin olarak kullanılması optimaliteyi düşürdüğü görülmektedir.

Doğum eylemi sırasında destek veren kişi olduğunda (sağlık ekibi dışında) doğum hakkında anneye bilgi vermek, annenin ağrısı ile baş etmede ilaç dışı yöntemleri daha kolay kullandığı, anneye masaj yapma, annenin hareketini sağlamak, doğum süresince annenin elini tutmak özgüveni arttırdığı ve olumlu doğum deneyimi yaşamasını sağlamaktadır. Doğum destekçisinin varlığı doğum eyleminin süresini kısaltmakta, müdahaleli doğum oranının azaltmakta ve 5. dakikada apgar skorunun düşük olma olasılığını azaltarak anne ve bebek için en iyi olabilecek sonuçları ortaya çıkarmaktadır (Bohren vd., 2019; Hodnett vd., 2013). Bu çalışmada da spontan vajinal doğumunda %84, sezaryen doğumda ise %36'sında doğum eylemi sırasında destek veren kişinin olmaması sebebiyle (sağlık ekibi dışında) optimalite indeksinin düşük olduğu saptanmıştır. Bohren ve ark. (2017)'nin yaptığı 26 çalışmayı (15858 Kadın) inceledikleri bir Cochrane sistematik derlemesinde doğum eyleminde destek verem kişinin bulunmasıyla SVD sayısının arttığı, sezaryen doğumların sayılarının azaldığı, kadının analjezi ihtiyacının azaldığı ve doğum süresinin kısaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Bohren, 2017). Uludağ ve Mete'nin (2014) yaptıkları çalışmada ise, doğum eylemi süresince kadının yanında doğum destekçisinin olması sezaryen ve müdahaleli doğum sayısını azalttığı, annenin anestezi ve analjezi kullanımı ve oksitosin ihtiyacının azaldığı bulunmuştur (Uludağ ve Mete 2014). Büyükkal (2019) ın yaptığı çalışmasında da SD ve SVD sırasında destek veren kişi olmadığı belirlenmiştir (Büyükkal, 2019). Kadının doğum eylemi sırasında destekçinin olması ve sağlık kurumlarının buna yönelik düzenlemeler yapmaları gerektiği önerilmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların SVD için %94, SD için %89 doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç) saptanmıştır. Büyükkal (2019)'ın çalışmasında hem SD grubunda %97,8 hem de SVD grubunda %89,6 doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç) belirlenmiştir (Büyükkal, 2019). İki araştırma arasındaki veriler örtüşmektedir. Her iki grup içinde bu oran yüksek olup,

pospartum dönemde ağrıyı azaltmak için ağrı kesiciler kullanılmaktadır. Ağrının ortadan kaldırılması tam memnuniyet oluşturmamaktadır. Sezaryen doğumlarda ağrı kesiciye ek olarak enfeksiyon riskinin azaltılması için antibiyotikler kullanılmaktadır. Spontan vajinal doğum sırasında oluşan ağrının doğumun gerçekleşmesi için olduğu, kadının bu ağrıyı azaltmak için aromaterapi, refleksoloji, akupunktur/akupressür, hipnoz gibi alternatif yöntemleri kullanılabileceği ve ayrıca bu uygulamaların doğum sürecinin fizyolojisini bozmayacağı savunulmaktadır (Smith vd., 2011; Smith vd., 2018; Smith vd., 2011; Yıldız vd., 2013). Kullanılan ilaçların dışında bu araştırmada uterotonik ilaçlarında kullanım oranları yüksektir. Yapılan çalışmalarda kullanılan uteritonik ilaçların annede hipotansiyon, kardiyak kollaps, su intoksikasyonu gibi istenmeyen etkileri olduğu belirtilmektedir (Soltani vd., 2010; Mousa vd., 2014). Bu ilaçların kanama sırasında kullanılması gerekmektedir. Ayrıca kullanılan ilaçların emzirme yoluyla anneden bebeğe geçtiği ve zararlı olma ihtimalinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Toğrul vd., 2012; Cotter vd., 2001; Su vd., 2007). Bu değişkenin optimalite indeksini düşürdüğü ve buna bağlı olarak kurumların optimalite düzeyinin yükseltilmesi için gerekli düzenlemeleri yapmaları gerektiği düşünülmektedir.

Optimaliteyi düşüren diğerdeğişkenler incelendiğinde; spontan vajinal doğumda, % 89’unda 1. ve 2. evresinde (oral, IM ya da IV yolla) ilaç uygulamaları veya doğum indüksiyonu ya da augmentasyon uygulaması, %99’unda doğumda sırt üstü pozisyon kullanıldığı ve %86’sına epizyotomi uygulandığı belirlenmiş olup; bu değişkenlerin optimalite değerini düşürdüğü tespit edilmiştir.

Spontan vajinal doğumun 1. ve 2. evresinde (oral, IM yada IV yolla) ilaç uygulamaları veya doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu ülkemizde sıkça kullanılan uygulamalar arasındadır (Özcan ve Aslan 2015; Demirel ve Çelik 2013). Bu çalışmada doğum eylemi sırasında indüksiyon uygulama oranı %89 olarak belirlenmiştir. Van’da yapılan 300 spontan vajinal doğumun incelendiği bir araştırmada indüksiyon oranının %90 olduğu saptanmış olup; araştırma sonucu bu çalışma sonucunu ile paraleldir (Özcan ve Aslan 2015). Yurt dışı literatürde Amerika’da uygulanan indüksiyon oranının 1990 yılında %9,6 olduğu, 2012 yılında ise %23,3’e yükseldiği ifade edilmektedir (Kjerulff vd., 2018). Doğumda tıbbi gerekliliği olmadan uygulanan indüksiyonun sezaryene alınma, uterus rüptürü ve fetal distress riskini arttırdığı bilinmektedir (Demirel ve Çelik 2013; Kjerulff vd.,

2018; Wilson vd., 2010). Yapılan araştırmalarda ebeler tarafından yapılan doğumlarda indüksiyon oranının düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (Adler vd., 2004; Vural ve Erenel 2017). Doğum eyleminde optimal sağlığın arttırılması için doğumların ebelerin kontrolüne bırakılması için düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Doğum pozisyonları konusunda birçok kanıta dayalı araştırmalar yapılmıştır. Doğum eyleminin 1. evresinde kadının dik pozisyonda durması, yürümesi veya melmeleri doğumun 2. evresini kısalttığı, sezaryen olma ve epizyotomi ihtiyaını azalttığı bilinmektedir (Walker vd., 2018; Gupta, 2017). DSÖ kadının doğumda dik pozisyonu veya kadının istediği, kendini rahat hissettiği pozisyonu kullanması gerektiğini önermektedir (Makuch, 2010). Doğumda kullanılan pozisyonların perineal travmalar üzerinde etkili olduğunu gösteren bir çalışmada; doğumun 2. evresinde kullanılan lateral pozisyonun litotomi pozisyonundan daha etkili olduğu ve lateral pozisyonun daha az perineal travma oluşturduğu gözlemlenmiştir (Meyvis vd., 2012). Fakat lkemizde çoğunluklu litotomi pozisyonu tercih edilmektedir. Büyükkal (2019)'ın çalışmasında SVD sırasında %100 oranında litotomi pozisyonu uygulandığı ve bu alışmamada da kadınların hepsinde litotomi pozisyonu tercih edildiği belirlenmiştir (Büyükkal, 2019). Doğumda kullanılan litotomi pozisyonu kadınının optimalite skorunu düşürmektedir. Litotomi pozisyonu kadının damarları üzerine bası oluşturarak kadının doğumda pasif olmasına neden olmaktadır (Başgl ve Beji 2015; Kaya ve Demirel 2019). Kadının doğumu sırasında aktif olabilmesi için kadın farklı doğum pozisyonları için desteklenebilir.

Kadını optimaliteden uzaklaştıran bir diğer değişkende epizyotomi uygulamasıdır. Epizyotomi uygulamasının amacı; bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve perineal travma riskini azaltmaktır. Fakat epizyotomi uygulamalarından sonra kadın ağrı yaşamakta ve kendini rahatsız hissetmektedir. Bunun yanı sıra uygulama yapılan bölge gerekli bakım yapılmadığında enfeksiyon riskini arttırabilmektedir (Toprak vd., 2017; Kaya ve Demirel 2019; Bonet vd., 2017). Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Birliği epizyotomi uygulamasının gerekli durumlarda (omuz distosisi gibi) uygulanması gerektiğini ve rutin uygulanmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Epizyotomi uygulaması kadının doğum sonu konfor düzeyini azaltmaktadır (SCOG,

2004). Jian ve ark. (2017)'nin yaptığı 12 çalışmayı (6177 kadın) dahil ettikleri bir Cochrane sistematik incelemede rutin uygulanan epizyotomi ile endikasyona bağlı epizyotomi karşılaştırılmıştır. Rutin uygulanan epizyotomilerin yerine, endikasyona bağlı uygulanan epizyotomilerin daha faydalı olduğu görülmüştür. Endikasyona bağlı epizyotomilerin da az perineal travmaya neden olurken, rutin uygulanan epizyotominin perinetal yıktıkları ve travmaları önlemediği belirlenmiştir (Jiang vd., 2017). Fakat ülkemizde epizyotomi uygulaması rutin olarak uygulanmaktadır (Toprak vd., 2017; Kaya ve Demirel 2019). Ülkemizde yapılan araştırmalar primipar kadınlarda %90 - %99, multipar kadınlarda ise %50 - %75 arasında değiştiğini göstermektedir (Kaya ve Demirel 2019). Bu çalışmada spontan vajinal doğum yapan kadınların % 89'una epizyotomi uygulaması yapılmıştır. Büyükkal (2019)'ın yaptığı çalışmasında ise epizyotomi uygulaması %59,1 oranında bulunmuştur. Bu da kadınların yarıdan fazlasına epizyotomi uygulamasının yapıldığının göstergesidir. Rutin uygulanan epizyotomilerin gerekmeyen durumlarda yapıldığında zarar vermesinin yanında yarar da sağlamayarak kadını optimal durumdan uzaklaştırmaktadır. Epizyotomi uygulamasının azaltılması için öncelikle doğumun kendi seyrinde ilerlemesine izin verilmesinin öneminin unutulmaması gerekmektedir.

5.3. Araştırmanın DSKÖ Yönelik Bulgularının Tartışılması

Doğum sonu konfor ölçeği; fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel olmak üzere 3 alt boyutta değerlendirilmektedir. Sezaryen doğum grubunun fiziksel konfor puanı; $44,85 \pm 6,43$, psikospiritüel konfor; $20,55 \pm 0,31$ ve sosyokültürel konfor puanı; $26,64 \pm 2,96$ olarak bulunmuştur. Spontan vajinal doğum yapanlarda ise fiziksel konfor puanı; $42,37 \pm 5,85$, psikospiritüel konfor; $20,63 \pm 4,03$ ve sosyokültürel konfor puanı; $26,82 \pm 3,01$ olarak belirlenmiştir. Sezaryen doğum yapan grupla, spontan vajinal doğum yapan grup DSKÖ'nin alt boyutlarına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında; psikospiritüel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken ($p>0,05$), DSKÖ fiziksel alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 5). Bunun nedeni olarak; SVD sırasında kanıta dayalı olmayan müdahalelerin yapılması ve epizyotomi gibi rutin

olarak uygulanan uygulamaların annelerin doğum sonu konfor düzeyini azalttığı düşünülmektedir.

Ünal ve Şenol (2022)'un yaptığı çalışmasında 30 spontan vajinal doğum 30 sezaryen doğum yapan 60 primipar lohusaya ulaşılmıştır. Verilerin analiz sonuçlarında spontan vajinal doğum lohusaların toplam konfor puanı 118.5 ± 14.3 , sezaryen doğum yapan lohusaların ise toplam konfor puanı 116.4 ± 16.89 olduğu belirlenmiştir (Ünal ve Şenol 2022). Taytan (2019)'ın yaptığı çalışmasında 500 SVD ve 500 SD yapan 1000 lohusaya ulaşılmış ve vajinal doğum yapan grubun toplam konfor puanı $127,794 \pm 12,739$, sezaryen doğum yapan grubun ise $117,902 \pm 9,622$ olarak bulunmuştur (Taytan, 2019). Haral (2018)'ın yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum yapanların toplam konfor puan ortalamasını $133,80 \pm 21,62$, spontan vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının $166 \pm 16,77$ olarak bulmuştur. Balsak (2018)'ın yaptığı çalışmasında ise toplam konfor puanı sezaryen doğumda $81,2 \pm 22,6$, iken spontan vajinal doğumda $84,2 \pm 25,0$ olarak saptamıştır (Balsak, 2018). Erkaya ve ark. (2017) yaptığı çalışmada sezaryen doğum yapan grubun toplam konfor puanı $82,022 \pm 16,99$ spontan vajinal doğum yapan grubun ise $82,339 \pm 15,71$ bulunmuş ve doğum sonu konfor düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Birgili'nin (2020) çalışması 406 lohusayı ulaşılmış ve toplam konfor puanı $110,42 \pm 9,12$ bulunmuştur. Doğum şeklinin doğum sonu konfor fiziksel alt boyutu ve psikospiritüel alt boyutunu etkilediği belirtilmektedir (Birgili, 2020). Çapık ve ark. (2014)'nın 233 lohusa ile yapılmış olduğu çalışmada; SD yapan grubun toplam konfor puanının $117,05 \pm 13,24$, SVD yapan grubun toplam konfor puanı ise $119,53 \pm 13,93$ olarak bulunmuştur (Çapık vd., 2014). Yapılan çalışmalara bakıldığında SVD yapan grubun toplam konfor puanı yüksek iken SD yapan grubun toplam konfor puanı daha düşüktür. Bunun nedeni katılan lohusaların yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin benzer olması ve aynı bölge ve kültür yapısına sahip olmaları gösterilebilir. Yapılan araştırmalar bu çalışma ile karşılaştırıldığında sezaryen doğum yapan grubun toplam konfor puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak sezaryen doğum yapan grubun tümünde spinal anestezi uygulanması, lohusalık dönemde ağrı kontrolünün sağlanması ve doğum sonu sürece kolay uyum sağlanabilmesi düşünülmektedir.

Büyükkal (2019)'ın yaptığı çalışmasında SD yapan grubun toplam konfor puanı $88,71 \pm 15,99$. Spontan vajinal doğum yapan grubun ise $78,24 \pm 11,53$ olduğu bulunmuştur (Büyükkal, 2019). Bu çalışmada SD yapanların toplam konfor puanı $92,04 \pm 10,57$ ve SVD yapanların toplam konfor puanı ise $89,82 \pm 11,28$ olarak saptanmıştır. Yapılan iki çalışmanın sezaryen doğum toplam konfor puanları birbiriyle uyumlu olurken, spontan vajinal doğumun toplam konfor puanının düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni doğum eylemi sırasında yapılan müdahaleler düşünülmektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların doğum şeklinin doğum sonu konfor düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 5). İlk kez doğum deneyimi yaşayan primipar annelerin doğum sonrası sürece uyum ve aldıkları destek farklılıklarından etkilendiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma primipar kadınlarda doğum şeklinin (SVD / SD) optimalite düzeyine ve doğum sonu konfora etkisinin belirlemek amacıyla Lüleburgaz devlet hastanesi kadın doğum servisinde yatan 200 lohusa ile gerçekleştirilmiştir. 100 SVD ile 100 SD doğum yapan lohusanın sonuçları incelendiğinde aşağıdaki bilgiler elde edildi;

- SVD ve SD yapanların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında yaş, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu ve sosyal güvenceleri arasında anlamlı farklılık bulunurken ($p<0,05$), gebe okuluna katılım için anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p<0,05$),
- SD grubunun hepsine nonstres testi yapıldığı, doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), çoğuna doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) belirlendi,
- SVD grubunun da hepsine nonstres testi, büyük çoğunluğuna doğum indüksiyonu uygulandığı, bütününe 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması yapıldığı, çoğunun yanında doğum eylemi sırasında destek veren kişi olmadığı (sağlık ekibi dışında), hiçbirinde doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanılmadığı, yarısından fazlasına epizyotomi uygulandığı, yarısından fazlasına doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulandığı (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç) ve büyük çoğunluğuna doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulandığı (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç) belirlendi,
- SD ve SVD grubu DSKÖ puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; DSKÖ'nün üç alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunmazken, toplam doğum sonu konfor puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

6.2 Öneriler

Perinatal dönemde, doğum sürecinde ve doğum sonu dönemde bakım ve kanıta dayalı uygulamaların etkinliğini değerlendirebilmek için Oİ-TR oluşturulmuştur. Bu doğrultuda bu çalışmada optimaliteden uzaklaşılmasına neden olan değişkenlerle ilgili aşağıdaki öneriler belirlenmiştir;

- NST uygulamasının rutin yapıldığı durumlarda optimaliteden uzaklaşıldığı için sadece gerekli durumlarda NST uygulamasının yapılması,
- Kadının doğumu sırasında sağlık personeli dışında yanında bir sosyal destekçisinin olması,
- Pospartum dönemde gerekmedikçe ilaç uygulamalarının yapılmaması, ihtiyaç halinde alternatif yöntemlerden yararlanılmasının sağlanması,
- İndüksiyon uygulamasının doğum eyleminde endikasyonlar dışında yapılmaması ve doğum eylemini kendi sürecine bırakılması,
- Doğum eyleminde rutin sırt üstü pozisyon kullanılmaması ve diğer doğum pozisyonlarının kullanımı için kadının desteklenmesi
- Spontan vajinal doğum sırasında yapılan epizyotomi uygulamasının gerekli durumlarda yapılması ve kadının doğum sonu konforunun desteklenmesi,
- SD ve SVD sürecinde kadına yapılan bakım ve uygulamaların doğum sonu konfor düzeyini azalttığı ve sezaryen olma riskini arttırdığı için; sağlık personelinin kanıta dayalı uygulamaları ve bilgilerini güncellemesi,

Yataklı sağlık kurumlarının politikalarını DSÖ ve Sağlık Bakanlığına göre düzenlemesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Arslan, E. (2014). Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 359533).
- Ahnfeldt-Mollerup, P., Petersen, L. K., Kragstrup, J., Christensen, R. D., & Sørensen, B. (2012). Postpartum infections: occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(12), 1440-4.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Arslan, H., Karahan, N., & Çam, Ç. (2008). Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 55-59.
- Aslan Ş., & Okumuş F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. The influence of childbirth expectation on primiparous women's perceptions of their birth experience *HSP*, 4(1), 32-40.
- Adler, B. A., Bodner, K., Kimberger, O., Lazanov, P., Husslein, P., Mayerhofer, K. vd. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116(11), 379-384.
- Baştarcan, Ç., & Şahin, N. H., (2022). Perinatal bakım uygulamalarında optimalite yaklaşımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2), 219-226.
- Batıslam Y. (2008). *Klinik Anesteziyoloji*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, s.890 - 922.
- Bağcı, S. (2014). Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 384514).
- Beydağ, D. K. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-8.
- Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). WHO statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667-67.
- Bekmezci, E., & Meram, H. E., (2022). Doğum sonu dönemde sık görülen sorunlar. *Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 81-92.
- Büyük, B. D. (2017). Gebelerin doğuma hazır oluşluk, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık düzeylerinin doğum şekli tercihlerine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 452596).
- Büyükkal, T. (2019). Doğum şeklinin optimalite düzeyine ve konfora etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 554599).
- Bohren, M. A., Berger, B. O., MuntheKaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD012449.

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, issue (7), Art. No: CD003766.
- Başgöl, Ş., & Beji, N. K. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2), 32-39.
- Bonet, M., Ota, E., Chibueze, C. E., & Oladapo, O. T. (2017). Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11), CD012136.
- Balsak, N. H. (2018). Annelerde doğum sonu konfor ile emzirme öz-yeterliliği arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 520341).
- Birgili F. (2020). Doğum yapan kadınların doğum sonu konforu ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(3), 351-360.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. Perinatoloji Dergisi, 4(3), 181-184.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth, 28(3), 202-207.
- Coşkun, G. (2003). Doğum sonu bakımın anneler tarafından değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 124163).
- Cotter, A. M., Ness, A., & Tolosa, J. E. (2001). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4. Art. No: CD001808.
- Çapık, A., Özkan, H., & Apay, S. E. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(3), 186-192.
- Çelik, A. S., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3), 151-7.
- Çınar, F. (2019). Gebe bilgilendirme sınıfına katılım doğum sonu konfora etkisi. Mersin sağlık bilimleri dergisi, 15(2), 133 – 143.
- Çifçi, A. (2019). Bir üniversite hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının ve annelerin doğumdan memnuniyetlerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 577233).
- Demirtaş, K. (2008). Elektif sezaryen ameliyetlarında hasta bilgilendirilmesinin değerlendirilmesi, Spinal teknik video gösterimi tıpta uzmanlık tezi.
- Demirel, G., & Çelik, D. B. (2013). Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. STED/Sürekli tıp eğitimi dergisi, 22(4), 157-163.
- Doğaner, G. (2002). Vaginal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 925.

- Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (2010). 23 Nisan 2019, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407.dogum> ve sezaryen eylemi yönetim rehberi pdf sayfasından erişilmiştir.
- Dönmez, A., & Karaçam A. (2017). Annenin duygusal iyiliği: Jean Ball'ın deck-chair (şezlong) teorisi. *Tepecik Eğit ve Araşt Hast Dergisi*, 27(1), 7-12.
- Ergin, A. (2007). Türkiye'de 1990'lı yıllarda annelerin doğum öncesi bakım alma durumlarındaki değişimlerin yenidoğan, yenidoğan sonrası ve bebek ölümlülüğüne etkisi. Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 169023).
- Erdemir, F., & Çırlak, A. (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelik kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4), 224-230.
- Erci, B., & Öztürk, S. (2016). Postpartum dönemdeki primipar annelere loğusa ve yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 25-31.
- Erkaya R., Türk R., & Sakar T. (2017). Determining comfort levels of postpartum women after vaginal and caesarean birth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 1526-1532.
- Flood, P., & Rollins, M. D. (2016). Anesthesia for obstetrics. In: *Miller's anesthesia*. Miller RD (ed). 8th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier, 2328 - 2358.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews*, (5), CD002006.
- Güneri, E. S. (2015). Portpartum erken dönemde kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 482-96 / *University Journal of Health Sciences*.
- Haral G. (2018). Sezaryen ve normal doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri ve konforlarına etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 503981).
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD003766.
- İşgüder, Ç. K., Bulut, Y. E., Yılmaz, G., Doğru, H. Y., Özsoy, A. Z., Başol, N. vd. (2017). Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(4), 168-171.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20 (3), 210-218.
- Karakaplan, S., & Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.
- Kennedy, H. P. (2006). A concept analysis of optimality in perinatal health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 763-769.
- Karabel, M. P., Demirbaş, M., & İnci, M. B. (2017). Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Med*, 7(4), 158-163.

- Karakaplan, S. (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yeni doğan üzerine etkileri. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim dalı.
- Kaya, N., & Demirel G. (2019). Perineal travmayı azaltmaya yönelik alternatif yöntemler Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Derleme, ACU Sağlık Bil Derg, 10(2), 156-160.
- Kızılırmak, A. (2011). Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisi. Doktora tezi
- Kızrak, S. B. (2019). Doğum sonu dönemde verilen ebelik bakımının maternal bağlanma ve posttravmatik gelişime etkisi. Yüksek lisans tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 533669).
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Co, New York.
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.
- Kuguoğlu, S., & Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16(61), 16-23.
- Karakaplan, S., & Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. 4. 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde Poster. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, (3), 55-65.
- Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Edmonds, J. K., Kozhimannil, K. B., & Repke, J. T. (2018). Labor induction and cesarean delivery: A prospective cohort study of first births in pennsylvania USA. *Obstetric anesthesia digest*, 38(2), 102-103.
- Low, L. K., Seng, J. S., & Miller, J. M. (2008). Use of the Optimality Index United States in perinatal clinical research: A validation study. *Journal of midwifery & women's health*, 53(4), 302-309.
- Murphy, P. A., & Fullerton, J. T. (2001). Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46(5), 274-284.
- Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E., Mistiaen, W. vd. (2012). Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*, 39(2), 115-120.
- Murphy, P. A., & Fullerton, J. T. (2006). Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(6), 770-778.
- Moran, V. H., Dykes, F., Edwards, J., Burt, S., & Whitmore, M. (2004). An evaluation of the breastfeeding support skills of midwives and voluntary breastfeeding supporters using the breastfeeding support skills tool (BeSST). *Maternal Child Nutrition*, 1(4), 241-49.
- Mousa, H. A., Blum, J., Abou El Senoun, G., Shakur, H., & Alfirevic, Z. (2014). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003249.
- Makuch, M. Y. (2010). Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

- Newsome, J., Martin, J. G., Bercu, Z., Shah, J., Shekhani, H., Peters, G. vd. (2017). Postpartum hemorrhage. *Tech Vasc Interv Radiol*, 20(4), 266-273.
- OECD (2020), Caesareansections (indicator). 09 Kasım, doi: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en> sayfasından erişilmiştir.
- Özcan, Ş., & Aslan, E. (2015). Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 41-48.
- Özer, T. H. (2011). Doğum şeklinin annelerin postpartum ilk 24 saatteki doğum sonu konforuna etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 303256).
- Öztürk, D., Yılmaz-Sezer, N., & Eroğlu, K. (2014). Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 13-28.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-190.
- Purtuloğlu, T., Özkan, S., Teksöz, E., Dere, K., Şen, H., Yen, T., vd. (2008). Elektif sezaryen uygulanan olgularda genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal etkilerinin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 91 - 97.
- Prechtl, H. F. (1980). The optimality concept. *Early Human Development*, 4(3), 201.
- Rwabizi, D., Rulisa, S., Findlater, A., & Small, M. (2016). Maternal near miss and mortality due to postpartum infection: a cross-sectional analysis from Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 177.
- Sağlık Bakanlığı (2009). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi; Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara. 22.04.2019 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Sarı, M. A., Küçükçüçlü, S., & Mercan. S. (2015). Retrospective evaluation of anaesthetic techniques for caesarean. *Turk. J. Anaesth. Reanim*, 43, 373 - 380.
- Saunders, T. A., Stein D. J., & Dilger J. P. (2006). Informed consent for labor epidurals: a survey of Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology anesthesiologists from the United States. *Int. J. Obstet. Anesth*, 15, 98-103.
- Sönmez, C. I., & Sivaslıoğlu, A. A. (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 369-376
- Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A., & Levett, K. M. (2011). Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD009232.
- Smith, C. A., Collins, C. T., & Crowther, C. A. (2011). Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD009215.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., Sukanuma, M. vd. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD009514.
- Soltani, H., Hutchon, D. R., & Poulouse, T. A. (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD006173.
- Su, L. L., Chong, Y. S., & Samuel, M. (2007). Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No: CD005457.

- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2004). Guidelines For Operative Vaginal Birth, 88(2), 229-36.
- Tanrıverdi, G. (2015). Lohusa kültürel özellikleri tanılama rehberi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(1),68-77.
- Taşkın, L. (2015). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara, Akademisyen Tıp.
- Taytan, S. (2019). Sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeyine etkisi. Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 586888).
- Thompson, S. M., Nieuwenhuijze M. J., Budé L., Vries R., & Low, L. K. (2018). Creating an Optimality Index – Netherlands: a validation study. BMC Pregnancy and Childbirth, 18, 100.
- Turan, J. M., Bulut, A., Nalbant, H., Ortaylı, N., & Erbaydar, T. (2006). Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. Social Science & Medicine, 62, 2196-2204.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA (2008). Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım. Ankara, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 01.03.2018, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA (2013). Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım. Ankara, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 01.03.2018, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). 15.05.2020 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Toprak, F. Ü., Turan, Z., & Erebel, A. Ş. (2017). Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 96-103.
- Türkoğlu, N., Çelik, A. S., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (1), 18-24.
- The International Confederation of Midwives (ICM). 31.05.2019 <http://internationalmidwives.org/> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Kriterleri. 18 Temmuz 2019. Erişim adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42834/anne-dostu-hastane-kriterleri.html> sayfasından erişilmiştir.
- Tarkka, M. T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14 (3), 184-90.
- Toğrul, C., Başer, E., Özdal, B., & Güngör, T. (2012). Postpartum kanamanın yönetimi. The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology, 9 (36), 1502-1508.
- Toprak, F. Ü., Turan, Z., & Erenel, A. Ş. (2017). Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 96-103.
- UNICEF. (2020). From the first hour of life making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Available at: <https://data.unicef.org/wp.../From-the-first-hour-of-life.pdf> sayfasından erişilmiştir.

- Uludağ, E., & Mete, S. (2014). Doğum eyleminde destekleyici bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 3(2), 22-9.
- Umana O. D., & Siccardi A. M. (2023). Prenatal non-stress test ın: statpearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, PMID: 30725808 Bookshelf ID: NBK537123.
- Uzun B., & Dağ E. N. (2019). Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebenin rolü. Women's preferences relating mode of delivery the role of midwife. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, Sağ Aka Derg. 6(2), 87-90.
- Ünal, E., & Şenol, D. K. (2022). Primipar Annelerde Doğum Şeklinin Doğum Sonu Konfor ve Emzirme Başarısına Etkisi. Ordu University, 5(2), 158-165.
- Vatansever, Z., & Okumuş, H. (2017). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6(2), 81-87.
- Vural, G., & Erenel, A. Ş. (2017). Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 76-83.
- Yıldırım, A. D., & Oskay, Ü. (2020). Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. EGE HFD, 36(1), 45-52.
- Yücel, Ç., Taşkın, L., & Low, L. K. (2015). Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. Midwifery, 31(12), 1135-1142.
- Yılmaz, F. A., & Başer, M. (2017). Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi. ACU Sağlık Bil Derg, 8(1), 24-28.
- Yücel, Ç. (2016). Perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan Optimalite İndeksi-United States (Us)'ın Türkçe'ye uyarlanması. Sağlık ve Toplum, 26(1), 19-26.
- Yeyğel, Ç., Elmas, S., & Ünsal Atan, Ş. (2016). Prenatal bakımda kanıta dayalı uygulamalar. 1. Uluslararası ve 2. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı; İzmir, s. 248.
- Yeşilçiçek K. Ç., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study, BMC Pregnancy Childbirth, 18(1), 415.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., & Mori, R. (2018). Schedules for home visits in the early postpartum period (Review), 01.07.2018 www.Cochranelibrary.Com sayfasından erişilmiştir.
- Yazıcı, S., Kaya, L., & Kaya, Z. (2020). Yenidoğan yoğun bakımda bebekleri olan annelerin meme problemleri. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 2(3), 121-127.
- Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcabanın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 27 (2), 79-88.
- Yılmaz, Ş. (2002). Vajinal yol ve sezaryenle doğum yapan kadınların doğumdan sonra kendi ve yeni doğan bakımında yaşadığı sorunlar. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldız, Ü. G., Yıldız, S., Kurt, B. B., Ürper, S., Kurt, Y., Güzel, S. vd. (2013). Doğum ağrısı ve hipnoz. Integrative tıp dergisi, 1(1), 22-27.

- Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F., & Erkaya, R. (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 80-91.
- Yuen, J., Painter, I., Abraham, L., Melian, M., & Denno, D. M. (2014). A comparison of trends in cesarean delivery in Paraguay between 1995 and 2008. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(3), 265-271.
- Zeren, F., & Gürsoy, E. (2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün anne ve yenidoğan için postpartum bakım önerileri. *World Health Organization's Postpartum Care Recommendations for Mother and Newborn*. *GÜ SBD*, 7(4), 95-102.
- Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD008070.
- Wetta, L. A., Szychowski, J. M., Seals, S., Mancuso, M. S., Biggio, J. R., Tita, A. T. vd. (2013). Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 209(1), 51-56.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*, 18(1), 41-60.
- WHO. (2016). Breastfeeding. Available at: www.who.int/topics/breastfeeding/en.sayafasından. sayfasından erişilmiştir.
- Wiegers, T. A., Keirse, M. J. N. C., Berghs, G. A. H., & Van der Zee, J. (1996). An approach to measuring quality of midwifery care. *Journal of clinical epidemiology*, 49(3), 319-325.
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19, 164-173.
- Wilson, B.L., Effken, J., & Butler, J. R. (2010). The relationship between section and labor induction. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(2), 130-8.
- World Health Organization (1981). Global strategy for health for all by the year 2000 (No. 3). World Health Organization. Erişim: 13.11.2018 https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf. sayfasından erişilmiştir.
- World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide/report of a technical working group. In Care in normal birth: a practical guide/report of a technical working group. 13.11.2018 http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf. sayfasından erişilmiştir.
- World Health Organization (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. 08.05.2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912> sayfasından erişilmiştir.

7. EKLER

EK-1

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Say: [REDACTED]
Konu : Etik Kurul Karar (Kasım)

18/11/2020

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığına sorumlu araştırmacı olarak başvurduğunuz aşağıdaki araştırma Etik Kurulda değerlendirilmiş olup uygun görüldüğüne ilişkin karar formu ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Sorumlu Araştırmacı/ Koordinatör	Yardımcı Araştırmacı/lar	Çalışma Konusu	Protokol No	Karar No
[REDACTED]	Fusun SÖKER	Primipar Kadınlarda Doğum Şeklinin Optimalite Düzeyine ve Doğum Sonu Konfora Etkisi	PR0266R0	Uygun Görüldü

Ek: Etik Kurul Karar Formu (2 Sayfa)

EK-2

 KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA BAŞVURULARI İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU		
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN		
Adı Soyadı:	Füsun SÖKER	
Kurumu:	Lüleburgaz Devlet Hastanesi	
Araştırma Yapılacak İller:	Kırklareli	
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri:	Lüleburgaz Devlet Hastanesi	
Araştırmanın Konusu:	"Lüleburgaz Devlet Hastanesi kadın doğum servisinde yatmakta olan lohusalarda "Primipar Kadınlarda Optimalite Düzeyi ve Doğum Sonu Konfor Üzerine Etkisi"	
Araştırmanın Statüsü:	Yüksek Lisans Tezi	
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu	(x) Var / () Yok
	Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu	(x) Var / () Yok
	Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü	(x) Var / () Yok
	Araştırma İzin Taahhütnamesi	(x) Var / () Yok
	Kurum-Kişi Talebi	(x) Var / () Yok
	Etik Kurul Kararı	(x) Var / () Yok
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu	(x) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları:	Anket	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı:	01/01/2021 - 31/05/2022	
KOMİSYON KARARI		
Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.		
KARAR TARİHİ: 30.12.2020		
KARAR NO: 66		

EK-3 ÖLÇEK İZİNLERİ

[Redacted]

Alıcı: ben

Sayın Füsun Soker,

Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz "Doğum Sonu Konfor Ölçeği"ni YL tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek vedeğerlendirmesi ektedir.

Başarılar dilerim.

--

EK -3

[Redacted]

Alıcı: ben

Merhaba Füsun,

Optimalite İndeksini tezinde kullanabilirsin. Bu indeks, bildiğimiz diğer ölçeklerden/ölçme araçlarından biraz farklı bir yapıya sahip. Bu indeks kullanılarak yapılacak bazı karşılaştırmalar, indeksi geliştirenler tarafından uygun bulunmuyor. İstersen hangi grup ya da gruplar üzerinde çalışıp karşılaştırma yapacağını benimle paylaşabilirsin. Ancak tez çalışman olduğu için bunu istemezsen, güncellediğim dökümanları ekte gönderiyorum. Bunları okuyup anlaşılmayan ya da aklına takılan kısımları bana sorabilirsin. Eğer indeksi kullanmaya karar verirsen, verilerini girip hesaplama yapabileceğin dökümanları da sana gönderebilirim.

Sevgiler,

EK-4**TANITICI BİLGİ FORMU**

Değerli Katılımcı;

Bu anket uygulamasında isim alınmayacak ve vermiş olduğunuz bilgiler çalışmanın amacı dışında kullanılmayacak. Primipar kadınlarda doğum şeklinin doğum sonu iyilik halini ve konfor üzerine olan etkisini belirlemede katkıda bulunacağınız çalışmada sorulara içtenlikle yanıt vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir.

Soruları yanıtlayarak çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Ebelik

Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız?
2. Yaşadığınız yer.....
a) Kentsel b) Kırsal
3. Yaşadığınız Bölge
4. Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur- yazar değil b) Okur yazar c) İlköğretim mezunu d) Lise e) Üniversite
5. Mesleğiniz nedir?
a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek
6. Çalışma durumunuz nedir?
a) Çalışıyor () b) Çalışmıyor ()
7. Sosyal güvenceniz nedir?
a) SSK b) Bağkur c) Emekli sandığı d) yeşil kart
e) Özel sigorta f) Yok
8. Gelir durumunuz nedir?
a) Gelir giderden az olması b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla olması
9. Doğum öncesi gebe bilgilendirme sınıflarında eğitim aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
10. Düşük sayınız
11. Kürtaj sayınız.....
12. Gebelik sayınız

13. Doğum şekliniz?
a) Normal doğum b) Sezeryan doğum c) Müdahaleli doğum
14. Müdahaleli doğum (forceps, vakum)?
a) Evet b) Hayır
15. Doğum şekliniz sezeryan ise bu soruyu cevaplayınız.
a) Genel anestezi b) Spinal anestezi



EK-5 Optimalite İndeksi -TR

Aşağıdaki ifadeler, doğum şeklinize göre iyilik halinizi değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak, değerlendirilmeyecek ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki size uygun olan maddelerin karşısındaki puanlara □□ işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

İlginiz ve yanıtlarınız için

TEŞEKKÜRLER

OPTİMALİTE İNDEKSİ-TR VAKA RAPOR FORMU				
GENEL KODLAR: 0 = Hayır 1 = Evet 7 = Geçerli Değil 8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayan veri) 9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)				
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ (PÖİ)				
Temel Özellikler	Primipar		Multipar	
1. Evli olmak/partneri olmak	0	1	0	1
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	0	1	0	1
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	0	1	0	1
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	0	1	0	1
5. Sağlık güvencesine sahip olmak	0	1	0	1
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	0	1	0	1
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	0	1	0	1
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olmak	0	1	0	1
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	0	1	0	1
10. Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olmak	0	1	0	1
11. Kronik hastalık öyküsüne <u>sahip olmamak:</u> Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II-IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)	0	1	0	1

12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak			0	1
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak			0	1
14. Preterm doğum öyküsüne sahip olmamak			0	1
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne sahip olmamak			0	1
16. Sezaryen doğum öyküsüne sahip olmamak			0	1
17. 2500 gr'ın altında doğan bebek öyküsüne sahip olmamak			0	1
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne sahip olmamak: Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp, plasenta previa, ablasyo plasenta, şiddetli preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu			0	1
PÖİ PAYDA	11	18		

PÖİ HESAPLAMA	1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay) — —	Değerlendirilen madde sayısı (Payda) / — —
PÖİ %		— — — %

OPTİMALİTE İNDEKSİ (Oİ)		
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM		
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler		
19. İntrauterin fetal kayıp yaşamadı.	0	1
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmadı.	0	1
21. Gebelik komplikasyonu yaşamadı: tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma), çoğul gebelik, plasenta previa, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama	0	1
22. Yeterli prenatal bakım aldı: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	0	1
23. Amniyosentez ya da koryonik villus örnekleme yapılmadı.	0	1

24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil <u>yapılmadı.</u>	0	1		
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.	0	1		
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.	0	1		
DOĞUM				
Doğum eyleminin 1-4. evrelerinde kadının sağlık durumu				
Doğum Şekli Özellikler	Planlı sezaryen	1. evrede sezaryen	2. evrede sezaryen	Vajinal doğum
7=Fetal kayıp <20 hafta 9=Eksik veri				
27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.		01	01	01
28. Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu <u>uygulanmadı.</u>		01	01	01
29. Amniyotomi <u>yapılmadı.</u>		01	01	01
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması <u>yapılmadı.</u>		01	01	01
31. Doğumda epidural analjezi <u>kullanılmadı.</u>		01	01	01
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı (Sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce).		01	01	01
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi (uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non reaktif NST, fetal taşikardi).		01	01	01
34. Doğum eylemi sırasında destek		01	01	01

veren kişi vardı (sağlık ekibi dışında)								
35. Spontan olarak ikindi.				0	1	0	1	
36. Doğum, doğum eyleminin başlangıcında planlanan yerde gerçekleşti.		0	1	0	1	0	1	
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.				0	1	0	1	
Doğum Şekli Özellikler	Planlı sezaryen	1. evrede sezaryen	2. evrede sezaryen	Vajinal doğum				
38. Doğum sefalik prezantasyon ile gerçekleşti.			0	1	0	1		
39. Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti (forseps ya da vakum kullanılmadı).			0	1	0	1		
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.			0	1	0	1		
41. Epizyotomi <u>uygulanmadı</u> .			0	1	0	1		
42. Perinede ya da perineal dokuda sütur gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon <u>gelişmedi</u> (sulkus ya da servikal laserasyonları da içeren).			0	1	0	1		
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme <u>olmadı</u> (3. ya da 4. derece perineal yırtığa).			0	1	0	1		
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç <u>uygulanmadı</u> (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç).					0	1		
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	0	1	0	1	0	1	0	1

46. Plesenta spontan olarak doğurtuldu.							0	1
47. Doğum sonu kanama <u>gelişmedi.</u>	0	1	0	1	0	1	0	1
48. Kan transfüzyonu <u>yapılmadı.</u>	0	1	0	1	0	1	0	1
49. İntrapartum komplikasyon <u>gelişmedi:</u> koryoamniyonit, kord prolapsusu, şiddetli preeklampsi / eklampsi, ablasyo plasenta, omuz distosisi, plasenta akreta, emboli	0	1	0	1	0	1	0	1
YENİDOĞAN								
Taburcu edilirken yenidoğanın sağlık durumu (72 saate kadar)								
50. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.							0	1
51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.							0	1
52. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.							0	1
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer <u>edilmedi.</u>							0	1
54. Konjenital anomali <u>gözlenmedi.</u>							0	1
55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar <u>gözlenmedi</u> (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama, nekrotizan enterokolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyuşmazlığı, konvulsiyon, sepsis)							0	1
56. Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.							0	1
57. Perinatal ölüm <u>görülmedi.</u>							0	1

DOĞUM SONU DÖNEM		
Annenin sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)		
58. Anne hastanede iken ateş görülmedi (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı <u>konulmadı:</u> sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematoma, derin ven trombozu	0	1

59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi <u>uygulanmadı</u> (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam®, rubella aşısı hariç)	0	1
60. Anne ölümü <u>görülmedi</u> .	0	1

Oİ	1 olarak kodlanan madde	Değerlendirilen madde
HESAPLAMA	sayısı (Pay)	sayısı (Payda)
	_____	/ _____
Oİ %		_____ %

Optimalite İndeksi-TR (Oİ-TR); araştırmanın odağını, nadiren görülen olumsuz olaylardan, bakım süreçlerinin ve kanıta dayalı en iyi bakım sonuçlarının elde edildiği optimal olaylara doğru yönlendiren bir ölçme aracıdır.

Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ), 14 maddeden oluşmaktadır; maternal bakım alan kadınları önceden var olan perinatal risklere göre sınıflandırmakta ve böylece sonuçların değerlendirilmesinde gruplar arasında karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Bu bölümdeki maddeler, “optimal olan ya da olmayan” şeklinde değil, kanıta dayalı obstetrik riskler derecelendirilerek puanlanmaktadır.

Optimalite İndeksi (Oİ), 4 perinatal alanda yer alan 42 maddeden oluşmaktadır: Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler, doğum, yenidoğanın durumu, annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu. Optimalite kriterleri, güncel obstetrik literatürden, özellikle de gebelik ve doğum sırasındaki bakımın kanıta dayalı etkinliğini değerlendiren çalışmaların incelenmesi sonucu ortaya çıkarılmıştır. Her bir madde için, mevcut en iyi kanıta dayalı optimal bir sonuç önerilmektedir.

EK-6 Doğum Sonu Konfor Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler, doğum şeklinizin doğum sonu konfor üzerine etkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak, değerlendirilmeyecek ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki size uygun olan maddelerin karşısına ☐ işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

İlginiz ve yanıtlarınız için
TEŞEKKÜRLER

DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**”dan “**kesinlikle katılmıyorum**”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

	İTEMLER VE İFADELENDİRME	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum
1.	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum				
2	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum				
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum				
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor				
5.	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum				
6.	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor				
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum				
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor				

9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum				
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum				
11.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor				
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor				
13.	Kendimi çok yorgun hissediyorum ve sürekli uyumak istiyorum				
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum				
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor				
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor				
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum				
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor				
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum				
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor				
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum				
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum				
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor				
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum				
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor				
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum				
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum				
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum				
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum				
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor				

31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum				
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim				
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor				
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum				

Yapılan geçerlilik-güvenilirlik çalışması sonucu çevresel konforu ölçen aşağıdaki maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda kalınmıştır. Ancak, ölçek içinde olmasa da ayrı olarak sorgulanarak çevresel konforun da değerlendirilmesinde yarar görülmektedir.

- Kendimi güvende hissediyorum
- Yattığım yatak çok rahatsız
- Özel eşyalarım için yeterli alan yok, sıkıntı yaşıyorum
- Bulunduğum ortamdan/odadan (ısı, hava, koku, temizlik, gürültü, ışık v.s.) memnunum
- Yakınlarım/arkadaşlarım beni rahatlıkla ziyaret edebiliyor ve telefonla ulaşabiliyorlar
- Odada başka hasta ve yakınlarının olması beni rahatsız etmiyor

DSKÖ; NVD veya sezaryen ile doğum yapmış annelerin doğum sonu konforunu ölçmede, DS konfor gereksinimlerinin karşılanması, sonucunun somut bir göstergesi olarak çıktı değerlendirilmesinin yapılabilmesinde uygun ve güvenle kullanılabilecek bir ölçektir.

DSKÖ 34 maddeden oluşmaktadır (*Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması 55 madde üzerinde yapılmış ve analiz sonucunda ölçek 34 maddeye inmiştir*). Ölçülmek istenen durumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak, 5' li likert tipi ölçek puanlama sistemi kullanılmıştır. Her bir madde için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelendirme ve puanlama yapılmıştır. Olumlu cümlelerde tamamen katılıyorum ifadesi en iyi konforu (5 puan), olumsuz cümlelerde ise düşük konforu (1 puan) göstermektedir. Bu doğrultuda ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170 dir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. Temelde düşük konfor 1, yüksek konfor 5 ile ifade edilmektedir.

Ölçek üç faktör altında toplandığından DS konforu 3 boyutta (fiziksel, psikospirüüel, sosyokültürel) değerlendirebilmektedir. DSKÖ çevresel konforu ölçememektedir. Konforun

bir bütün olarak değerdendirilmesi açısından da bu ölçeğın kullanıldığı çalışmalarda çevresel konforu ölçmek için ölçek dışında sorulan sorularla eksik kalan bu boyut desteklenebilir. DSKÖ hemşireler ve de anneler tarafından da anlaşılır olup, uygulaması kolaydır.

EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma primipar kadınlarda doğum şeklinin optimalite düzeyine ve doğum sonu konfor üzerine etkisini araştırmak için yapılacaktır. Doğum hayatın başlangıç noktası olarak hem bir eylemi hem de bir süreci simgelemektedir. Bu süreçte kadının sosyo demografik özellikleri, obstetrik öyküsü (küretaj, ektopik gebelik öyküsü, düşük, Preeklamsi öyküsü vb.) aile, arkadaş ve hekim yönlendirmesi doğum şeklini seçmede bir etkidir. Giderek artan kanıta dayalı uygulamalar eşliğinde doğum sonu iyilik halinin sağlanması yaklaşımı gündeme gelmektedir. Bu süreçteki kadının en iyi halinin sağlanması amaçlanmalıdır. Doğum şekli doğum öncesi önemli olduğu kadar doğum sonu konfor açısından da önemlidir. Doğum şekilleri sezeryan ve normal doğum yapan anneler fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyo kültürel açıdan değerlendirilebilir.

Bu çalışmada 11 sorudan oluşan ve sosyo demografik özellikler ile gebelikte ilgili tıbbi özellikleri sorgulayan bilgi formu ve doğum sonu iyilik halini belirlemek için optimalite ölçeği ve doğum sonu konfor ölçeği kullanılacaktır.

Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Araştırma sırasında gönüllünün karşılaşılabileceği riskler ve rahatsızlıklar bulunmamaktadır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Gönüllü, araştırmaya katılmayı ret etme hakkına sahiptir. Gönüllü, istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilir. Gönüllü, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ayrıca kendisine de bir ödeme yapılmayacaktır. Anket ve ölçeğin doldurulması sırasında gönüllüden alınan bilgiler yalnızca adı geçen bu çalışmada kullanılacaktır. Gönüllünün kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Füsun SÖKER tarafından
danışmanlığında

“Lüleburgaz Devlet Hastanesine başvuran **Primipar kadınlarda doğum şeklinin optimalite düzeyine ve doğum sonu konfor üzerine etkisi**” başlıklı Kırklareli Üniversitesi Ebelik ana bilim dalı da araştırma yapılacağı bana aktarıldı.

Eğer bu araştırmaya katılırsam ebe ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Ebe Füsün SÖKER’i [REDACTED] nolu telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılabilmeyim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve ebe ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Ad Soyadı Tarih İmza:
İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı Tarih

Şahit Adı Soyadı Tarih İmza:

EK-8 STROBE

MAKALEYE KONU OLAN ARAŞTIRMANIN RAPORLANMASININ KONTROL LİSTESİ İLE İNCELENMESİ

EK-STROBE Kontrol Listesi, Kesitsel Araştırma Makalesinin İncelenmesi İçin

	Madde No	Öneriler
Form No		(a) Araştırmanın tasarımı/tipi, yaygın olarak kullanılan bir terim ile başlıkta ya da özette gösterilir.
Giriş	1	(b) Özetle, araştırmada ne yapıldığı ve ne bulunduğu hakkında yeterli ve açıklayıcı bilgi sunulur
Teorik çerçeve/gerekçe	2	Sunulan araştırma ile ilgili mevcut bilimsel durum ve araştırmanın gerekçesi açıklanır.
Amaçlar	3	Araştırmanın daha önce belirlenen hipotezleri ya da araştırma sorularını içeren özgün amaçları belirtilir.
Yöntem		
Araştırmanın tasarımı	4	Araştırmanın yapıldığı yer, birim, örnekleme alınma, maruz kalma, izleme ve veri toplama dönemlerini gösteren tarihler belirtilir
Araştırmanın yapıldığı yer	5	Araştırmanın yapıldığı yer, birim, örnekleme alınma, maruz kalma, izleme ve veri toplama dönemlerini gösteren tarihler belirtilir
Katılımcılar	6	(a) Kohort çalışma – Araştırmaya uygunluk/dâhil edilme kriterleri, kaynakları (örneğin alınıldığı yer) ve katılımcıların seçim metodu verilir. İzlem metotları tanımlanır. Vaka-kontrol çalışması –

		Araştırmaya uygunluk/dâhil edilme kriterleri, kaynakları (örneklemin alındığı yer), vakaları saptama ve kontrolleri seçme metotları verilir. Vaka ve kontrol gruplarına seçim (ayırma) için gerekçeler açıklanır. Kesitsel araştırma - Araştırmaya uygunluk/dâhil edilme kriterleri, kaynakları (örneklemin alındığı yer) ve katılımcıların seçim metodu verilir (b) Kohort çalışma – Eşleştirilmiş çalışmalarda, maruz kalan ve kalmayanların sayısı ve eşleştirme ölçütleri verilir. Vaka-kontrol çalışması - Eşleştirilmiş çalışmalarda, her vaka için belirlenen kontrol sayısı ve eşleştirme ölçütleri verilir. Bütün sonuçlar (değişkenler), maruziyet durumları, belirleyiciler (prediktörler), olası karıştırıcı değişkenler (faktörler), etki değiştiriciler açıkça tanımlanır. Eğer uygunsa, tanı kriterleri verilir. İlgili her değişken için, verilerin elde edildiği kaynaklar ve veri toplama (ölçüm) yöntemlerinin ayrıntıları verilir. Eğer birden fazla grup varsa, veri toplama yöntemlerinin karşılaştırılabilirliği tanımlanır (ölçüm metodunun grupları ayırt etmede geçerli ve güvenilir olma durumu belirtilir).
Değişkenler	7	
Veri kaynakları/ölçümler	8	
Yan tutma	9	Olası yan tutma (bias) kaynaklarını göstermek için yapılan çabalar tanımlanır
Örneklem büyüklüğü	10	Örneklem büyüklüğüne nasıl ulaşıldığı (örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan istatistiksel metot) açıklanır
Sayısal değişkenler	11	Sayısal değişkenlerin nasıl analiz edildiği açıklanır. Eğer uygunsa, hangi gruplamanın yapıldığı ve nedenleri belirtilir.
İstatistiksel yöntemler	12	(a) Karıştırıcı faktörleri kontrol etmek için kullanılanlar da dâhil, tüm istatistiksel

		yöntemler tanımlanır (b) Alt gruplar ve etkileşimleri incelemek için kullanılan tüm yöntemler açıklanır (c) Kayıp (eksik) verilerin nasıl ele alındığı açıklanır (d) (d) Kohort çalışma – eğer uygunsa, izlem sırasındaki vaka kayıplarının (“loss to follow-up”) nasıl ele alındığı açıklanır. Vaka- kontrol çalışması – eğer uygunsa, vaka ve kontrollerin eşleştirilmesinin nasıl gösterildiği açıklanır. Kesitsel araştırma – eğer uygunsa, örnekleme yöntemini de hesaba katan ya da dikkate alan istatistiksel yöntemler tanımlanır (e) Duyarlık analizleri tanımlanır.
Bulgular	13	(a) Çalışmanın her aşamasında katılan bireylerin sayısı bildirilir – ör: olası ulaşılabilir örneklem hacmi, örneklem için uygun bulunanlar (dâhil edilme kriterleri), örnekleme uygun bulunup seçimi onaylananlar, çalışmaya dâhil edilenler, izlem sürecini tamamlayanlar ve analize alınanlar (b) Çalışmanın her aşamasında katılmayanların katılmama nedenleri açıklanır. (c) Bir akış şemasının kullanımı önerilir
Tanımlayıcı veriler	14	(a) Katılımcıların özellikleri (ör: demografik, klinik ve sosyal), maruziyetler ve olası karıştırıcı faktörler hakkında bilgi verilir. (b) Her bir değişken için katılımcı sayısı, kayıp (eksik) veriler ile birlikte gösterilir (c) Kohort çalışma – İzlem süresi hakkında bilgi verilir (ör: ortalama/ortanca ve toplam süre).
Sonuç veriler	15	Kohort çalışma – Ortaya çıkan sonuçların

		sayısı bildirilir ya da zaman içindeki ölçümler (ör: ortalama ve standart sapma) özetlenir
		Vaka – kontrol çalışması – Her bir maruziyet kategorisindeki sayılar bildirilir ya da maruziyet ile ilgili ölçümler özetlenir
		Kesitsel araştırma – Ortaya çıkan sonuçların sayısı bildirilir ya da istatistiksel ölçümler özetlenir (ör: ortalama ve standart sapma).
Başlıca bulgular	16	Başlıca bulgular (b) Sürekli değişkenler gruplandığında, kullanılan grup sınırları (grupların üst ve alt sınırları) bildirili (c) Eğer uygunsa, anlamlı bir zaman periyodu için relative risk (nisbi riskin) 124 tahminlerinin kesin (absolute) riske dönüştürülmesi göz önünde bulundurulur
Diğer analizler	17	Yapılan diğer analizler (değerlendirmeler), örneğin, alt grup analizleri, etkileşimler ve duyarlılık analizleri bildirilir
Tartışma		
Anahtar bulgular	18	Çalışmanın sınırlılıkları, olası yan tutma (bias) ya da belirsizlik kaynakları dikkate alınarak tartışılır. Olası her bir yan tutmanın hem büyüklüğü hem de yönü tartışılır
Sınırlılıkla	19	Çalışmanın sınırlılıkları, olası yan tutma (bias) ya da belirsizlik kaynakları dikkate alınarak tartışılır. Olası her bir yan tutmanın hem büyüklüğü hem de yönü tartışılır
Yorum	20	Araştırma bulgularının genel yorumu, araştırmanın amaçları, sınırlılıkları, analizlerin çeşitliliği, benzer çalışmalardan elde edilen bulgular ve diğer ilgili kanıtlar dikkate alınarak verilir.

Genellenebilirlik	21	Araştırma bulgularının genellenebilirliği (dış geçerlik) tartışılır
Diğer Bilgiler		
Araştırmanın Fonu	22	Araştırmanın parasal kaynağı ve destek verenlerin araştırmadaki rolleri açıklanır, eğer uygunsa, bu makalenin dayanak aldığı orijinal araştırma için parasal kaynak ve destek verenlerin rolleri belirtilir



ÖZGEÇMİŞ

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri